М. М. ЗОЛОТАРЕВА, А. Г. ЛИХАЧЕВ
Т. А. НЕВЗОРОВА, Л. И. ФАНДЕЕВ

УЧЕБНИК ДЛЯ ПОДГОТОВКИ МЕДСЕСТЕР

М. М. ЗОЛОТАРЕВА, А. Г. ЛИХАЧЕВ, Т. А. НЕВЗОРОВА,
Л. И. ФАНДЕЕВ

УЧЕБНИК ДЛЯ ПОДГОТОВКИ МЕДСЕСТЕР

НЕРВНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ, КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ, БОЛЕЗНИ УХА, НОСА И ГОРЛА, ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

Под ред. ***Г. В. АРХАНГЕЛЬСКОГО***

Отделом медицинских учебных заведений и кадров Министерства здравоохранения СССР допущен в качестве учебника для учащихся медсестринского отделения медицинских училищ



ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»
МОСКВА — 1965

УДК 616·8+616·89+616·5+616·97+616·21+617·7](075·3)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Медицинская сестра — ближайший помощник врача в его повседневной работе. Она организует уход за больными в больнице, поликлинике и домашних условиях. В стационаре она следит за режимом больных. В палате она систематически наблюдает над больными, сигнализируя врачу об изменениях, происшедших в их организме. Она выполняет медицинские назначения, сообщая врачу об индивидуальном реагировании больного на ту или иную лечебную процедуру. Вопросы, которые сестре приходится разрешать в повседневной практике, требуют от нее знаний и большого такта. Медицинская сестра должна понимать сущность проводимого назначения врача, а не быть техническим исполнителем. Для этого она должна овладеть минимумом знаний по клиническим дисциплинам и глубоко знать особенности ухода за больными, особенно за тяжелобольными.

В данном руководстве приводятся основные сведения по таким важным клиническим дисциплинам, как невропатология, психиатрия, дерматология, отоларингология и офтальмология. Излагаются симптомы наиболее распространенных заболеваний нервной системы, глаза, уха, носоглотки и т. д. Даются краткие сведения о рациональном лечении этих заболеваний, приводятся данные о новых методах лечения кожных и психических заболеваний, особое внимание уделяется уходу за больными.

Однако нельзя забывать, что нередко медицинским сестрам приходится оказывать неотложную помощь пострадавшим людям в отсутствие врача (например, остановка стойких носовых кровотечений, выведение из шокового состояния, эпилептического статуса, успокоение

психически возбужденного больного). Чем лучше сестра будет знать симптоматологию «угрожающих состояний», тем своевременнее и рациональнее будет оказана ею помощь больным. Поэтому преподавателю при изложении клиники и терапии следует подробно освещать разделы неотложной диагностики и терапии.

Оказание неотложной помощи невозможно, если сестра слабо владеет техникой лечебных манипуляций (например, внутривенными вливаниями). Поэтому в книге приводятся описания важнейших лечебных манипуляций. В руководстве уделяется внимание этике медицинской сестры, которая должна придерживаться определенных правил при общении с больным. Подчеркивается, что отношение к больным должно быть чутким, мягким, дружелюбным, но не панибратским, фамильярным. Не менее важно как положительный фактор лечения больных благоприятное эстетическое воздействие окружающей обстановки. Это не только уют больничных палат и подсобных помещений, но и внешний облик сестры. Скромно, но со вкусом одетая сестра, в чистом халате своим видом успокаивающе действует на больных.

Учащиеся должны помнить, а преподаватель при изложении материала должен неоднократно подчеркивать, что больные чутко прислушиваются к каждому слову сестры, поэтому последняя несет моральную ответственность за каждое необдуманно сказанное слово. Роль слова как сильного психического раздражителя, могущего вызвать заболевания, должна быть осознана сестрой с первых шагов ее деятельности.

Выпуская данное руководство, авторский коллектив будет признателен за критические замечания и советы по улучшению книги.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

НЕРВНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

ВВЕДЕНИЕ

Наука, занимающаяся изучением заболеваний нервной системы, подразделяется на невропатологию и психиатрию.

Заболевания нервной системы, связанные по преимуществу с расстройствами движений, чувствительности, нарушениями деятельности органов чувств и расстройствами функций различных внутренних органов в результате повреждения нервных центров и проводящих путей, относятся к области невропатологии.

Заболевания, где ведущими являются расстройства высшей нервной деятельности, выявляющиеся в расстройстве познания окружающего мира (мышление) и в нарушении поведения, составляют область психиатрии.

Но резкого различия между невропатологией и психиатрией нет, так как в клинике нервных болезней мы встречаемся и с нарушением психики больного, а в психиатрической клинике — с расстройством движений и чувствительности.

§ 1. АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Чем сложнее построен животный организм, тем совершеннее должны быть системы, предназначенные для координации его деятельности, функциональной согласованности различных его отделов. Такими системами являются: сосудистая, по которой разносятся, помимо продуктов жизнедеятельности, разнообразные гормоны,

регулирующие многие функции организма, и нервная система, по которой стремительно распространяются биоэлектрические импульсы. Нервная система регулирует деятельность внутренних органов и мышц. В нее поступают импульсы из работающих органов, что обусловливает согласованность их работы.

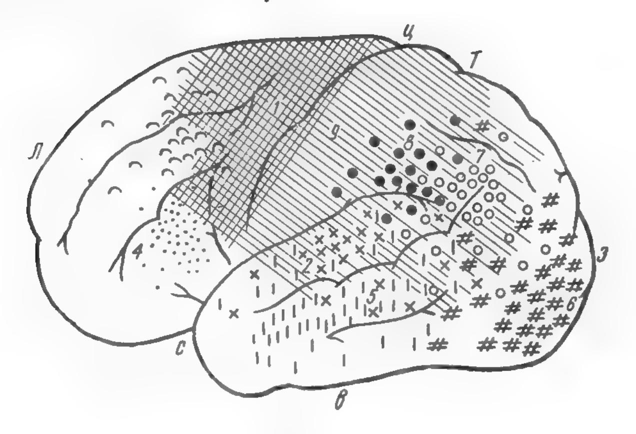


Рис. 1. Анализаторы коры.

Кпереди от центральной борозды: *1* — двигательный анализатор; *2* — анализатор разговорной речи; *4* — речевой двигательный анализатор; *5* — звуковой анализатор; *6* — световой анализатор; *7* — анализатор письменной речи (центр чтения); *8* — действование, праксис; *9* — кожный анализатор; *Л* — лобная доля; *Т* — теменная доля; *З* — затылочная доля; *в* — височная доля; *С* — сильвиева борозда; *Ц* — центральная борозда.

Раздражения, поступающие из окружающего нас мира и из собственных тканей организма, воспринимаются анализаторами, состоящими из нервных окончаний (рецепторов), проводников и ядра, расположенного в коре головного мозга.

В ядрах анализаторов поступающие электрические импульсы—сигналы—претворяются в то или иное ощущение: ощущение света, звука, запаха, вкуса, боли, температуры, прикосновения, движения (рис. 1). Импульсы из коры головного мозга обеспечивают произвольные целенаправленные наши движения и действия, которые «выучены» нами в течение жизни и которые по своей сущности являются условными рефлексами. Эти рефлексы были открыты и изучены И. П. Павловым.

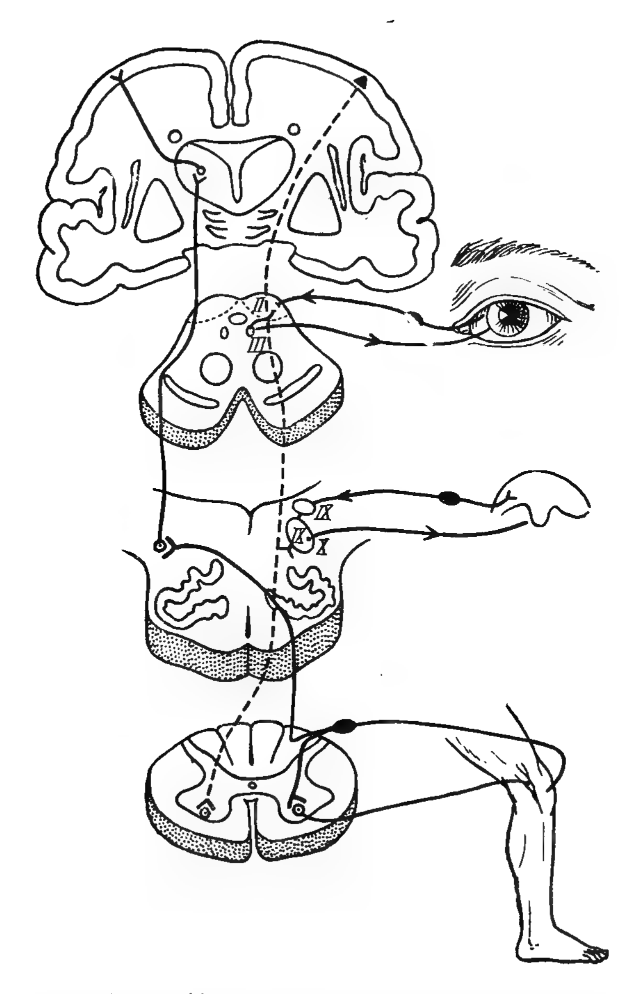


Рис. 2. Поэтажные связи с периферией.

В основе нервной деятельности лежат безусловные рефлексы, на базе которых образуются условные рефлексы. На рисунке представлены коленный, глоточный и зрачковый рефлексы; восходящие и нисходящие проводники, которые совершают свой переход на противоположную сторону, т. е. импульсы, из левой половины тела попадают в правое полушарие, а из правого полушария — в левую половину тела

Отделы центральной нервной системы нижних этажей, т. е. подкорковых ядер, ствола мозга и спинного мозга, являются местом замыкания сложных безусловных рефлексов (как, например, убегание от опасности) или более простых — коленных рефлексов, глоточного



Рис. 3. Сегмент спинного мозга.

1 — спинной мозг; *2* — передний двигательный корешок; *3* — задний чувствительный корешок; *4* — межпозвоночный узел; *5* — спинальный нерв; *6* — задняя ветвь; *7* — передняя ветвь периферического нерва; *8* — соединительная ветвь к симпатическому узлу; *9* — симпатический узел; *10* и *11* — кожные ветви.

рефлекса и реакции зрачков на раздражение светом (рис. 2). Серое вещество ствола мозга и спинного мозга, где замыкаются дуги безусловных рефлексов, обозначается как сегментарно-рефлекторный аппарат спинного мозга и ствола мозга (рис. 3 и 4).

Важно запомнить, что анализаторы коры головного мозга не связаны непосредственно с органами и тканями, с внешним миром. Эта связь всякий раз осуществляется через сегментарно-рефлекторный аппарат ствола

мозга и спинного мозга; иными словами, связь коры мозга с внешним миром осуществляется через цепь периферических и центральных нейронов (нервные клетки с отростками), идущих в составе восходящих проводников центральной нервной системы (рис. 5).

Важно запомнить и то, что мы чувствуем и производим движения лишь до тех пор, пока существует неразрывная связь между периферическим рецептором и корой мозга, между корой мозга и мышцей. Повреждение или блокада в одном из звеньев этой цепной связи повлечет за собой либо выпадение того или иного ощущения, либо отсутствие произвольных движений.

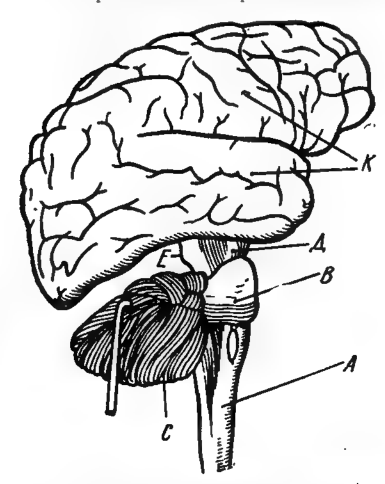


Рис. 4. Схематическое изображение головного мозга.

А — продолговатый мозг; *В* — варолиев мост; *С* — мозжечок; *Д*—мозговые ножки; *Е* — четверохолмие; *К*—большие полушария (варолиев мост и мозжечок составляют задний мозг, мозговые ножки и четверохолмие — передний мозг).

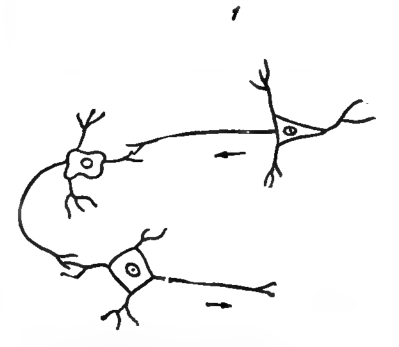


Рис. 5. Цепь нейронов.

§ 2. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Различие в клинической картине нарушений функций нервной системы обусловлено местом и характером повреждения: гемиплегия или гемипарез — при повреждении в полушарии мозга, паралич ног с выпадением чувствительности в них — при поражении в грудных отделах

спинного мозга, паралич всех четырех конечностей (тетраплегия, тетрапарез) с выпадением чувствительности — при поражении в шейных его отделах или в самих периферических нервах, выпадение чувствительности или движений на лице и голове — при поражении ядер или волокон черепномозговых нервов.

Нарушения взаимосогласованности различных отделов нервной системы могут являться причиной непроизвольных, насильственных, незатормаживаемых движений, их нечеткости и замедленности. Такие движения

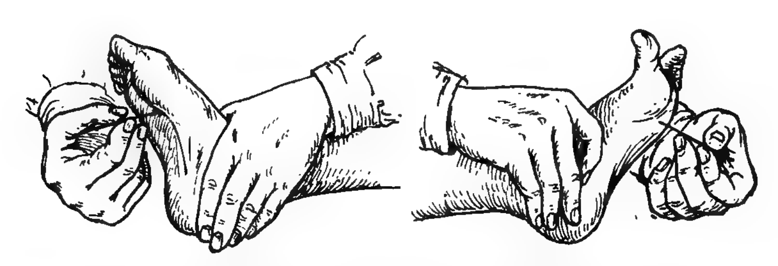


Рис. 6. Подошвенный рефлекс и рефлекс Бабинского.
В норме при проведении по подошве пальцы пригибаются вниз, а при спастическом параличе большой палец разгибается.

могут наблюдаться не только в руках и ногах, но и в мышцах лица и языка. Последнее влечет за собой разнообразные расстройства речи и нарушение глотания. К этому нужно добавить, что поражение на уровне сегментарно-рефлекторного аппарата, т. е. в области передних рогов спинного мозга, протекает с атрофией парализованных мышц и с выпадением рефлекторных движений, т. е. с выпадением рефлексов вследствие нарушения рефлекторной дуги. Это дает картину вялого, или атрофического, паралича, при котором мышечный тонус оказывается резко сниженным. Паралич, вызванный повреждением двигательного (пирамидного) пути, выявляется повышением напряжения (тонуса) парализованных мышц (снижается, блокируется тормозящая роль головного мозга). Поэтому он называется спастическим параличом. Для него характерно резкое повышение сухожильных рефлексов (с двуглавой мышцы, коленного, ахиллова) и наличие извращенных, патологических рефлексов — «пирамидных знаков» (рефлекс Бабинского и Россолимо) (рис. 6 и 7).

Чрезмерная импульсация по ходу чувствительных проводников обусловливает неприятное, раздражающее ощущение, переходящее в боль. Наиболее мучительными болями являются корешковые (очаг в задних корешках спинного мозга) и таламические [очаг в зрительном бугре, в котором переключаются все чувствительные проводники (см. рис. 2), идущие с периферии по спинно-

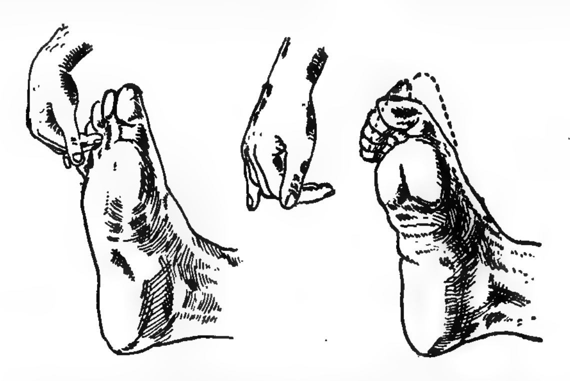


Рис. 7. Рефлекс Россолимо (при ударе по подушечкам пальцев стопы пальцы при спастическом параличе проделывают порывистое подошвенное сгибание, чего в норме нет).

му мозгу]. Повреждение чувствительных проводников может обусловить потерю чувствительности к болевым и температурным раздражениям: больной не чувствует укола или прикосновения горячего или холодного в определенной части тела. При поражении мозжечка, который расположен в нижней части затылочной области, могут наблюдаться расстройства равновесия при ходьбе и стоянии. Больной с закрытыми глазами не может попасть указательным пальцем в кончик носа.

Связь внутренних органов с центральной нервной системой и регуляция обменных процессов в органах и тканях осуществляются через вегетативную (симпатическую и парасимпатическую) нервную систему. Главной составной частью парасимпатической нервной системы является блуждающий нерв (рис. 8), а симпатической — цепочка симпатических узлов (ганглиев), идущая по обеим сторонам позвоночника (рис. 9).

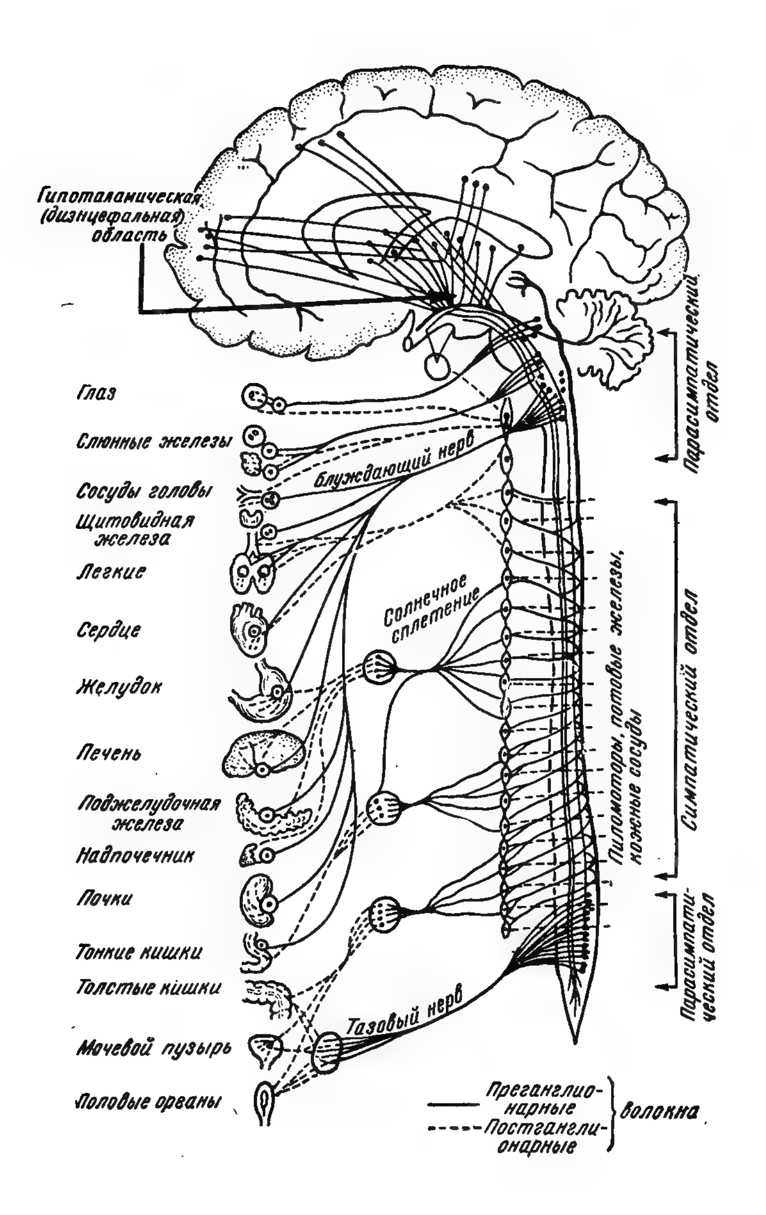
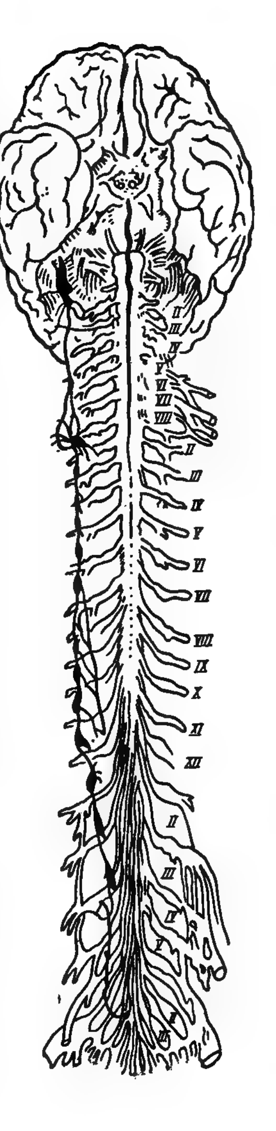


Рис. 8. Схема вегетативной нервной системы.

Рис. 9. Общий вид центральной нервной системы с передней стороны. Симпатический ствол изображен только справа (на рисунке слева), шейное и пояснично-крестцовое сплетение корешков только слева (на рисунке справа).



В отличие от спинномозговой (соматической) нервной системы, где конечный нейрон, выйдя из клеток переднего рога спинного мозга, доходит до мышцы, нигде не прерываясь, симпатические волокна, выйдя из боковых рогов спинного мозга, переключаются в ганглиях пограничного ствола и в ганглиях, расположенных еще дальше на периферии, в солнечном сплетении или в более мелких узлах.

Деятельность вегетативной нервной системы осуществляется рефлекторно: раздражения от внутренних органов передаются через задние корешки клеткам боковых рогов спинного мозга, через которые идет ответная реакция.

Существует неразрывная связь между соматической и вегетативной функциями и центральной регуляцией, осуществляемой в отношении всех органов. Это можно видеть при ознакомлении с регуляцией деятельности мочевыводящей системы, нарушения которой — нередкий симптом поражения нервной системы.

Со слизистой оболочки мочевого пузыря раздражения идут по чувствительным нервным волокнам через задние корешки в крестцово-поясничные отделы спинного мозга. Оттуда в составе передних корешков по парасимпатическим и симпатическим волокнам идут ответ-

ные импульсы к гладким мышцам пузыря — к детрузору (мышца, вытесняющая мочу из пузыря) и к внутреннему сфинктеру (мышца, сжимающая шейку мо-

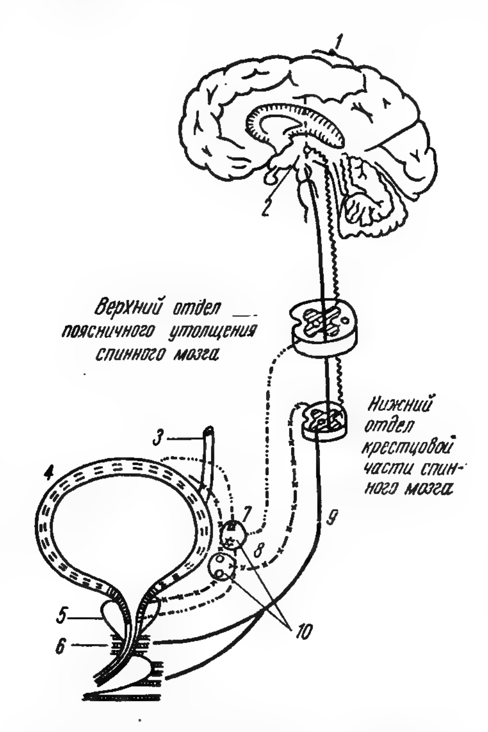


Рис. 10. Схема иннервации мочевого пузыря.

1 — двигательный анализатор произвольного мочеиспускания; 2 — вегетативный центр мочеиспускания в головном мозгу; 3 — мочеточник; 4 — вытеснитель (мышца, сокращающая мочевой пузырь); 5 — сфинктер шейки мочевого пузыря; 6 — наружный сфинктер мочевого пузыря; 7 — симпатические волокна; 8 — парасимпатические волокна; 9 — срамной нерв; 10 — вегетативные узловые сплетения.

чевого пузыря). Сокращение детрузора при расслаблении сфинктера обусловливает свободное выделение мочи.

Кроме того, имеется еще наружный сфинктер мочевого пузыря. Он состоит из поперечнополосатой мышцы,

которая иннервируется срамным нервом (n. pudendus), берущим начало от клеток передних рогов крестцовой части спинного мозга. Клетки эти, как и все клетки передних рогов, посредством волокон нисходящего пирамидного пути связаны с корой головного мозга. Таким образом, сфинктер находится под управлением мозговой коры, вследствие чего мочеиспускание в нормальных условиях происходит произвольно (рис. 10). Функции наружного сфинктера и гладких мышц пузыря тесно связаны между собой. Это и обеспечивает правильную работу мочевого пузыря.

Поражение спинальных отделов, связанных с мочеиспусканием, или соответствующих этим отделам корешков вызывает тяжелые расстройства мочеиспускания — постоянное недержание мочи, которая все время выделяется по каплям. Если при этом шейка мочевого пузыря сохраняет свою эластичность и оказывает известное сопротивление давлению на нее мочи, появляется парадоксальная ишурия — моча выделяется каплями только при значительном накоплении ее в мочевом пузыре. При некоторых нервных заболеваниях, когда связь корковых центров со спинальными центрами мочеиспускания только нарушается, но не прерывается, появляются настойчивые (императивные) позывы на мочеиспускание: при таком позыве больной должен немедленно выпустить мочу, иначе мочеиспускание произойдет непроизвольно, вне зависимости от обстановки.

Полное разобщение спинальных и корковых центров вызывает непроизвольное мочеиспускание: больной не испытывает позыва и не чувствует прохождения мочи по мочеиспускательному каналу. Ввиду того что волокна от корковых центров к спинальным идут в составе пирамидного пути почти через весь длинник спинного мозга, непроизвольное мочеиспускание наступает при поперечном поражении спинного мозга в любом его отделе.

По тому же типу иннервационного устройства работает и прямая кишка, т. е. осуществляется акт дефекации, с той лишь разницей, что вытеснение кала осуществляется при помощи мышц брюшного пресса.

Расстройства функции тазовых органов при нервных заболеваниях иногда играют очень большую роль в жизненном благополучии больного.

§ 3. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Физиологической основой нервной деятельности является взаимодействие двух процессов — возбуждения и торможения, которые неотделимы и постоянно происходят как в каждой клетке, так и в каждом нервном волокне. Постоянная встреча и соотношение этих двух процессов в головном мозгу обусловливают ту или иную степень уравнсвешивания организма с внешней средой.

Нарушение согласованности основных корковых процессов лежит в основе расстройства высшей нервной, или психической, деятельности. Возбуждение мозгового конца анализатора вызывает соответствующее ощущение, т. е. отражение свойства предметов окружающего мира. С ощущений начинается познание окружающего мира.

Возбуждение, возникшее в мозговом конце анализатора, по закону иррадиации распространяется по коре больших полушарий, по ранее проторенным путям, соединяющим клетки анализаторов; вызывает оживление прежнего опыта, прежних восприятий, мысленных образов, когда-то воспринятых предметов. В результате сочетания ощущений и прежних представлений о предметах происходит восприятие, т. е. более целостное отражение предметов окружающего мира, как результат сложной аналитической и синтетической деятельности мозга.

Человек, у которого кора мозга находится в бодрствующем, не сонном состоянии, не только ощущает и воспринимает окружающий мир, но и осознает себя как члена общества, живущего в определенной стране, имеющего определенную профессию, знания и т. д.

Расстройство восприятий

Расстройство восприятий как результат нарушения анализаторной и синтетической деятельности мозга принято делить на иллюзии и галлюцинации.

Иллюзии — это ложное восприятие существующего в действительности объекта; ложным оно называется потому, что предмет воспринимается в искаженном виде. Иллюзии бывают различные:

1) физические иллюзии, зависящие от законов физики; так, например, если мы проведем две горизонтальные

линии одинаковой длины, снабдим их концы острыми углами, причем у одной они будут направлены внутрь, а у другой наружу, то вторая линия будет казаться длиннее (рис. 11);

2) физиологические иллюзии у здоровых людей могут возникать под влиянием чувства страха (аффективные ошибки восприятия); так, например, проходя ночью мимо кладбища, человек в каждом надмогильном памятнике может видеть силуэт покойника;



Рис. 11. Пример физической иллюзии, верхняя черта кажется длиннее.

3) иллюзии, т. е. искаженное восприятие реально существуюших предметов, наблюдаемые при общих инфекциях, интоксикациях, например при алкогольном делирии (белая горячка), при сыпном и брюшном тифах, туберкулезе, а также при пороках сердца с симптомами декомпенсации, при далеко зашедших раковых поражениях различных органов. Иллюзии при этом могут быть зрительными (висящий абажур принимается за морду черта) и слуховыми (вместо шума льющейся воды слышится голос). Иллюзии — не обязательный признак психоза, они могут наблюдаться у психически здоровых при недостаточном свете, при переутомлении.

Галлюцинации — это мнимое восприятие без реально существующего в данный момент раздражителя. Так, например, в тишине больной слышит голоса, на гладкой стене видит различные образы, испытывает неприятные запахи при отсутствии таковых на самом деле. Весьма существенным является то, что галлюцинаторные образы часто носят характер реальных, чувственных образов; так, больной слышит голос с тончайшими интонациями, по которым с уверенностью определяет, кому он принадлежит — мужчине или женщине, знакомому или постороннему человеку.

Различают галлюцинации зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные или телесные. Больной слышит голоса, оклики по имени, угрожающую или приказывающую речь (слуховые галлюцинации) (рис. 12), видит толпы людей, зверей, какие-то сменяющиеся сцены (зрительные галлюцинации), испытывает неприятные, реже приятные запахи (обонятельные галлюцинации).



Рис. 12. Слуховые галлюцинации.

Наконец, расстройство восприятий может выражаться неприятными ощущениями в теле: чувство набухания, покалывания, прикосновения, ощущение прохождения электрического тока (телесные галлюцинации). Зрительные галлюцинации могут быть отрывочными и единичными или, наоборот, множественными и сложными по содержанию—в виде целых сцен, что встречается при алкогольном делирии. Слуховые галлюцинации также могут быть как в виде элементарных звуков и окликов, так и в виде длительных разговоров с мнимым собеседником, например при алкогольном слуховом галлюцинозе.

Зрительные галлюцинации, так же как и зрительные иллюзии, чаще встречаются при острых инфекциях, острых и затяжных заболеваниях внутренних органов и особенно часто при алкогольной интоксикации. Слуховые и обонятельные галлюцинации, а также галлюцинации

общего чувства чаще встречаются при шизофрении (см. ниже). Нередко у больного наблюдаются одновременно различные галлюцинации, особенно при острых инфекциях (тифы) и алкогольной интоксикации.

Кроме описанных форм расстройства восприятия, наблюдаются изменения восприятия схемы тела (искаженные представления о форме своего тела), формы окружающих предметов, пространства. Так, например, все тело или различные его части (голова, конечности) кажутся очень маленькими или очень большими, удлиненными; окружающие предметы кажутся уродливо искаженными, они то приближаются, то удаляются. Подобные нарушения восприятий внешней действительности встречаются при мозговых сосудистых нарушениях, внутримозговых опухолях, энцефалитах.

Расстройства памяти

Способность закреплять условные связи обеспечивает запоминание текущих событий, способность воспроизводить следы этих условных связей обеспечивает воспоминание прошлого. Воспоминание и запоминание текущих событий есть различные проявления памяти.

Каждое восприятие оставляет след в мозгу. Оживление следов бывших восприятий и есть воспоминание.

В основном наблюдается два вида расстройства памяти: 1) расстройство запоминания; 2) расстройство воспоминания. Под расстройством запоминания надо понимать потерю способности усваивать новые (текущие) события, впечатления, факты (корсаковский синдром). Из разнообразных форм расстройств воспоминаний отметим наиболее часто встречающееся явление, при котором запас воспоминаний в целом не страдает, а выпадают его отдельные отрезки, что носит название *амнезии*. Если выпадает отрезок событий до заболевания (например, до травмы головы, до отравления угарным газом и т. д.), это носит название *ретроградной амнезии*; если выпадение касается событий после заболевания — *антероградной амнезии*.

Кроме частичного выпадения воспоминаний, может наблюдаться общее снижение памяти, например при церебральном артериосклерозе больной не помнит важнейших событий своей жизни, не может в последовательном

порядке изложить историю заболевания, не помнит числа, месяца, года, не в силах вспомнить, что он делал на протяжении ближайших дней, что ел в течение дня.

К расстройствам воспоминаний относятся и ложные воспоминания событий, происшедших когда-то раньше, но не в тот период, к которому их относит больной, и конфабуляции — фантазии, вымыслы событий, не имевших места.

Расстройство памяти встречается чаще всего при тяжелом органическом поражении головного мозга (при старческом психозе, прогрессивном параличе, артериосклерозе мозга).

Расстройство внимания

Расстройство внимания выражается в его истощении, невозможности сосредоточиться (после тяжелых истощающих соматических заболеваний, при шизофрении), в повышенной отвлекаемости, неустойчивости внимания или в чрезмерной фиксации, прикованности внимания, как это имеет место при депрессивном состоянии, когда больной целиком сосредоточен на мрачных переживаниях.

Расстройство интеллекта

Под интеллектом понимают ту сторону психической деятельности, которая характеризуется способностью человека к абстрактному мышлению, к суждению, обобщению, критической оценке, способности делать выводы на основании сопоставления фактов, накопленных знаний.

Степень поражения интеллектуальной деятельности бывает различной при разных заболеваниях: от легких степеней снижения некоторых сторон интеллектуальной деятельности, например памяти счета, внимания, наблюдаемых при сосудистых заболеваниях головного мозга — гипертонической болезни, церебральном артериосклерозе, до глубокого необратимого снижения критики, способности к обобщению, суждению об окружающей обстановке, правильной оценке своего состояния, например при прогрессивном параличе, старческом психозе. Стойкое необратимое снижение интеллектуальных функций носит название слабоумия.

Различают: 1) врожденное слабоумие, или олигофрению, как результат внутриутробных травм, инфекций, повреждений во время затяжных тяжелых родов; к группе олигофрении относятся и случаи умственной отсталости вследствие перенесенного в раннем детстве менинго-энцефалита; 2) приобретенное слабоумие, или деменцию, как следствие тяжелого органического поражения головного мозга, например при прогрессивном параличе, эпилепсии, тяжелых травмах головы, артериосклерозе мозга с кровоизлияниями, старческом психозе.

Расстройство мышления и речи

Интеллект неотделим от мышления. Осмысление окружающего мира представляет собой познавательную, или интеллектуальную, деятельность. Мышление есть психическая деятельность, в основе которой лежит способность к суждениям, умозаключениям и формированию понятий, возникающих в результате переработки восприятий, жизненного опыта и отражающих связь между явлениями окружающего мира.

Суждения и умозаключения неотделимы от речи, без которой невозможно возникновение понятий. Следовательно, мышление неразрывно связано со словом. Без связи понятий и без слов, которые их выражают, не может быть мышления.

В той или иной степени расстройство мышления характерно для всех психических заболеваний. Клиника расстройства мышления весьма разнообразна. Особенно часто резко выраженные расстройства мышления наблюдаются при шизофрении. В первой фазе болезни нередко наблюдаются «обрывы» мыслей. В беседе больные неожиданно умолкают с тем, чтобы через очень короткое время начать беседу вновь. Больные отмечают нечеткость, неясность, насильственность мышления. Один наш больной говорил, что мысли растекаются, «расплываются, как в решете», собрать их и выразить очень трудно. Другой больной уверял, что голова его полна мыслей ненужных, чуждых ему, словно насильственно вложенных в голову. В дальнейшем наступает разорванность мышления, когда больной переходит от одной мысли к другой, не имеющей никакой смысловой связи с предыдущей;

например, на вопрос о самочувствии больной отвечает, что «он потерял аппетит, извозчик едет в атмосферу». Резонерское мышление, также чаще свойственное больным шизофренией, выражается в бесплодном мудрствовании; например, на вопрос: «Как вы сегодная спали», больной отвечает: «Если рассматривать сонное состояние с философских точек зрения в отношении сна ко всему организму в его развитии...» и т. д.

Нередко мышление при шизофрении может быть спутанным, бессвязным, что видно из бессмысленного набора слов, носящего название «словесной окрошки». Например, на вопрос о самочувствии больной отвечает: «Рояль, бюллетень, вермишель».

Чрезмерно обстоятельное мышление, характеризуемое тугоподвижностью, т. е. когда больной не может отделить главного от второстепенного и застревает на мелочах, на одной и той же мысли, типично для эпилепсии. Например, на просьбу рассказать о характере припадков больной начинает говорить о том, где и когда родились его родители, о всей своей жизни с ненужными подробностями.

Мышление может быть ускоренным, когда необычно быстро образуются условные связи (ассоциации). У больного много мыслей, быстро сменяющих одна другую.

В противоположность ускоренному мышлению может быть замедленное мышление — больной говорит мало, медленно, с трудом переходит от одной мысли к другой. Такие картины наблюдаются при депрессивном состоянии.

К наиболее частому симптому различных форм психического заболевания относится бред. Бред — это неправильное умозаключение, ошибочное суждение об окружающем, возникшее на патологической почве. Если иллюзии и галлюцинации могут иметь место и у здоровых, то бред всегда является признаком психического расстройства. В отличие от бреда суеверия и предрассудки тоже формально являются ошибками умозаключения, но они связаны не с болезнью, а с недостатком знаний и культуры. Бред имеет еще одну отличительную особенность: больной не поддается разубеждению вследствие отсутствия способности к правильному суждению.

Клинические формы бреда разнообразны.

1. Бред отношения — больной уверен, что все происходящее вокруг имеет к нему особое, чаще всего отрицательное отношение; например, кто-то улыбнулся, сделал какое-то обычное движение рукой, покашлял, а больной во всем этом видит недоброжелательное отношение к себе окружающих и намек на грозящую неприятность.

2. Бред преследования — больной уверен, что у него есть враги, всюду его преследующие, желающие отравить, уничтожить и т. д.

3. Бред физического воздействия — больной убежден, что он является объектом воздействия на него особых лучей, электротока, гипноза, причем испытывает всевозможные неприятные ощущения — жжение, покалывание в различных частях тела.

4. Ипохондрический бред — больной убежден в том, что у него гниют легкие, кишечник. Больные такого рода высказывают много упорных жалоб на физическую неполноценность и нередко убеждают врача в истинности того или другого страдания и даже заставляют прибегать к хирургическому вмешательству. Перечисленные формы бреда чаще встречаются при хроническом психическом заболевании — шизофрении.

5. У больных, находящихся в состоянии подавленности, тоски (депрессии), часто бывает бред самообвинения. Они считают себя виновными в каких-то преступлениях и убеждены в том, что достойны наказания. Такие больные считают жизнь бесцельной и стремятся к самоубийству.

6. Бред величия, богатства, красоты — больной считает себя обладателем несметных сокровищ, очень красивым, самым могущественным и сильным. Встречается при сифилитическом психозе (прогрессивном параличе, рис. 13) и в состоянии повышенного настроения — маниакальное состояние.

7. Бред ущерба, наблюдаемый при старческом слабоумии, — больной высказывает убеждение, что его обокрали, утащили одежду, деньги, пищу. Одна больная, просыпаясь среди ночи, начинала искать свои туфли и, если не находила их, начинала громко кричать: «Караул! Обокрали!»

Бредовые идеи могут быть отрывочными и систематизированными, т. е. носить характер законченной системы

взглядов, убеждений. Так, один больной «разработал» целую систему образования «искусственного человеческого зародыша» с тем, чтобы избавить женщин от беременности и родов.

У одного и того же больного могут иметь место одновременно разнообразные клинические формы бреда, нередко сочетающиеся с галлюцинациями.



Рис. 13. Больной прогрессивным параличом с бредом величия, украсивший себя орденами.

Существенным является то обстоятельство, что различному содержанию бреда соответствует и различное настроение: бреду величия — повышенное, бреду самообвинения — тревожное со страхами, бреду преследования — угнетенное, тревожное.

От бреда надо отличать так называемые навязчивые состояния в форме идей, влечений, действий, которые часто, так же как и бред, овладевают сознанием больного. Больной не может от них отделаться, но в отличие от бреда понимает их чуждость, нелепость и расценивает их как проявление своей болезни. Навязчивые состояния разнообразны, о них необходимо помнить, так как они встречаются не только у больных с грубыми формами психического заболевания, но и как временные состояния срыва нервной системы при неврозах и даже у психически здоровых людей. Навязчивости у лиц психически здоровых наблюдаются в виде настойчивых, «неотвязных» мотивов, фраз. Навязчивые состояния, возникшие в результате срыва высшей нервной деятельности, могут носить тяжелый характер и переживаться крайне мучительно. Больные обращаются за помощью к врачу, причем в большинстве случаев не к психиатру.

Группа навязчивых состояний разнообразна по своему клиническому проявлению. Навязчивые состояния могут выражаться в навязчивой боязни больших площа-

дей (агорафобия), высоты, закрытых пространств (клаустрофобия).

Навязчивые состояния могут носить характер мучительных сомнений, которые вызывают у больного постоянную потребность в проверке, правилно ли он сказал, закрыл ли дверь, выключил ли газ, свет. Навязчивый страх чем-либо заразиться, например сифилисом (сифилофобия), или заболеть раком (канцерофобия) приводит к навязчивой, непреодолимой потребности мыть руки, лицо. Например, больной мыл руки обязательно определенное количество раз и если что-либо прерывало это действие, прежде чем он успевал завершить его, больной начинал мыть руки сначала.

Навязчивые состояния, возникшие у тревожно-мнительных лиц, имеют тенденцию к колебанию, то усиливаясь, то ослабевая, причем при отвлечении внимания или при сильных эмоциональных переживаниях навязчивость может ослабевать или даже исчезать на довольно продолжительное время.

При органическом поражении коры мозга, в частности левого полушария, нередко возникают расстройства речи, которые обозначаются термином «афазия».

Возникновение афазий при очаговом поражении станет понятным, если учесть, что хотя наша членораздельная речь и возможна лишь при целостной деятельности всей коры больших полушарий (разумеется, при сохранности стволовых и периферических речевых аппаратов), тем не менее ведущее значение в осуществлении речи принадлежит слуховым, зрительным и двигательно-кинестезическим синтез-анализаторам, тесно связанным друг с другом.

При повреждении системы слухового анализатора левого полушария будет наблюдаться преимущественно сенсорная афазия, или речевая агнозия (агнозия — неузнавание), т. е. непонимание разговорной речи, неспособность анализировать разговорную речь (поражение левой височной области коры). При повреждении систем зрительного анализатора, участвующих в речи (левая затылочно-височная область коры), у больного будет главным образом амнестическая афазия. В этих случаях он неспособен назвать хорошо знакомые ему предметы, назначение которых помнит и может рассказать. Так, например, вместо того чтобы назвать предложенный ему

карандаш, больной говорил: «Чтобы писать». При повреждении системы двигательно-кинестезического анализатора левого полушария, участвующего в механизмах образования речи (левая лобная область коры), отмечается двигательная, или моторная, афазия. В этих случаях накопленные в течение жизни условнорефлекторные связи уничтожены, и больной не знает, что сказать, либо совсем неспособен говорить, либо оперирует, причем иногда невпопад, весьма ограниченным количеством слов.

Почти как правило, при моторной афазии больные утрачивают способность читать и писать. Знание этого факта важно для подтверждения диагноза моторной афазии.

Мышление при афазиях также страдает: оно становится более примитивным: больной теряет способность к обобщению и к пониманию отвлеченных понятий.

Расстройства речи типа дизартрии, анартрии наблюдаются при бульбарном параличе (см. ниже), при котором страдает регуляция звуко-речевого мышечного аппарата. Такое расстройство речи не сопровождается расстройствами мышления, письма, чтения про себя, счета.

Расстройство эмоций

Эмоции являются обязательной частью всякой психической деятельности. Они отражают наше отношение к окружающему миру. Эмоции сочетаются с выразительными движениями (мимикой, жестикуляцией) и изменениями во всем организме: при различных эмоциях учащается сердцебиение и дыхание, расширяются зрачки, уменьшается слюноотделение (сухость во рту), увеличивается выделение мочи, повышается обмен веществ, количество сахара в крови. Эмоциональная деятельность человека является результатом совместной деятельности коры и подкорковой области.

Эмоции человека очень сложны. Принято различать эмоции примитивные, эмоции низшего порядка, которые имеются и у животных, например эмоции голода, самосохранения, и эмоции сложного, высшего порядка, являющиеся чисто человеческими. К ним относятся эмоции, связанные с интересами общества и коллективно-трудовой деятельностью, с чувством долга, патриотизма.

Многочисленные впечатления, получаемые из внешнего мира (экстероцептивные воздействия), и разнообразные раздражения, идущие в мозг от всех наших внутренних органов (интероцептивные воздействия), в совокупности создают целый комплекс чувств, который мы определяем как настроение. Чувство радости, восторга, печали, смущения, гнева, раздражения—вот многочисленные оттенки эмоциональной деятельности человека. У психически здорового человека настроение подвержено колебаниям в зависимости от возраста, пола, времени года, времени суток. Так, например, физиологически нормальным явлением надо считать преобладание положительных эмоций (радости) в молодом возрасте, наклонность к изменению настроения у женщин в предменструальном и менструальном периодах и т. п.

Всякое значительное, хотя и кратковременное, колебание настроения носит название аффекта: например, появление радости, гнева, отчаяния, презрения.

Наклонность к аффективным вспышкам, т. е. потеря способности сознательно управлять ими, развивается у лиц, перенесших травму головы, у хронических алкоголиков, у психопатов. Соматические заболевания, переутомление, периоды эндокринных сдвигов в организме могут в известной степени способствовать возникновению аффективных вспышек.

Среди разнообразных аффектов следует выделить патологический аффект. Под этим определением понимается состояние, при котором совершаемые действия, чаще тяжелые, разрушительные, сопровождаются частичным помрачением сознания с последующей амнезией. Одна мать, горячо любившая своего единственного шестилетнего ребенка, после ссоры с соседкой вбежала в комнату, схватила лежавшую на туалетном столе бритву и перерезала сыну горло. Совершив убийство, она осталась на месте. Придя в себя, ничего не могла вспомнить из происшедшего. Установление факта патологического аффекта производится специалистами-психиатрами в порядке судебнопсихиатрической экспертизы.

Расстройства настроения могут проявляться в виде эйфории, когда больной находится в необоснованно блаженном, радостном состоянии. Эйфория может быть временным, как бы преходящим состоянием, например при алкогольном опьянении, и может быть признаком тя-

желого органического поражения головного мозга (прогрессивный паралич, опухоль мозга). Эйфория есть один из симптомов маниакального состояния. Под последним следует понимать не только один симптом — эйфорию, а комплекс симптомов. Сюда входит и ускорение течения ассоциаций (мыслей), ускорение речи, повышение двигательной активности.

Настроение может изменяться и в сторону снижения до глубокого угнетения, с мыслями о самоубийстве. Такое пониженное настроение встречается при депрессии. Синдром депрессии включает в себя, кроме чувства тоски. замедление течения мыслей и двигательную заторможенность.

К расстройствам эмоциональной сферы относится также чувство безотчетной тревоги, страха, беспокойства. Эти состояния нередко наблюдаются у соматических больных — при болезнях сердца, туберкулезе, раковых опухолях, при острых инфекциях и при изменениях психики в связи с климаксом.

Эмоциональное расстройство может выражаться в апатии, т. е. в безразличии, равнодушии ко всему окружающему. Апатия, встречающаяся при ряде заболеваний (шизофрения, травма головы), связана со снижением корковой активности. При травматических поражениях головного мозга, главным образом как отдаленные последствия этих поражений, наблюдается неустойчивость настроения, склонность к раздражительности. К эмоциональным расстройствам относится также частый и ранний симптом артериосклероза головного мозга—слабодушие, т. е. такое состояние эмоциональной сферы, когда больной очень легко переходит от спокойного состояния к слезам и от слез — к смеху, благодушию.

Расстройство поведения и влечений

Разнообразные нарушения поведения и влечений могут быть ранними признаками психического расстройства.

Один из частых симптомов нарушения влечений — упорные отказы от пищи. Больные в течение нескольких дней могут ничего не есть то под предлогом отсутствия аппетита, то ссылаясь на невкусное приготовление, то обещая поесть спустя некоторое время. Наиболее упор-

но и длительно отказываются от пищи больные, страдающие шизофренией, у которых имеются повелительные слуховые галлюцинации, «запрещающие» принимать пищу, или которые высказывают бред отравления или находятся в состоянии ступора с явлениями активного сопротивления — негативизма (см. ниже).

У ряда психически больных наблюдается непреодолимое стремление наносить себе повреждения: резать, царапать, кусать, расчесывать кожу, глотать предметы (ложки, вилки, иголки). Трудно преодолимыми могут быть попытки больных лишить себя жизни (суицидальные действия).

К области извращения влечений относятся различные формы половых извращений, например гомосексуализм — влечение к объекту того же пола. Все больные с описанными нарушениями влечений требуют особого наблюдения и ухода.

Знакомство с различными формами нарушения поведения имеет очень большое значение в психиатрии, так как большинство психически больных малодоступны, в беседе замкнуты, неоткровенны, настойчиво скрывают свои болезненные мысли, намерения, желания. Среднему медицинскому персоналу, остающемуся с больными на протяжении полусуток и долее, крайне необходимо знать клинические проявления этих расстройств.

Наиболее показательны в этом смысле кататонические (латинское catatonus значит связанный, скованный) расстройства, которые могут выражаться в ступоре, или заторможенности, когда больной не отвечает на задаваемые вопросы (мутизм — от латинского слова mutus, что значит немой), сопротивляется любой просьбе: показать язык, подать руку (негативизм — от латинского слова nego — отрицать), он застывает часто в причудливой неподвижной позе, то лежа с подогнутыми к животу ногами, с приподнятой над подушкой головой, то стоя в какой-нибудь неестественной позе (рис. 14), причем иногда телу больного можно придать любое положение, в котором он застывает. Этот симптом носит название восковой гибкости. Больной отказывается от еды. При этом иногда он правильно оценивает окружающую обстановку, о чем необходимо помнить и щадить психику больного, избегая откровенных разговоров о его болезненном состоянии. Подобные состояния чаще

всего отмечаются при шизофрении, но могут быть и при различных интоксикациях и инфекциях.

Часто описанное состояние неожиданно сменяется двигательно-речевым возбуждением: больной куда-то стремится, совершает агрессивные поступки, производит одни и те же движения (стереотипное возбуждение), произносит одни и те же слова, повторяет слова, произносимые окружающими (эхолалия), или воспроизводит их действия (эхопраксия). Больной может быть опасен для окружающих и для себя, особенно если возбуждение возникает под влиянием угрожающих галлюцинаций и мыслей о мнимых преследователях.



Рис. 14. Неестественная по вычурности поза больного кататонией.

Расстройство поведения может выражаться в том, что больные становятся манерными, дурашливыми. Так, например, взрослый человек начинает ползать на четвереньках, показывать язык, как бы передразнивая собеседника, может неожиданно плюнуть в лицо, разговаривать растянуто детской интонацией.

Очень важно помнить о расстройствах поведения, возникающих остро при наличии измененного сознания в результате острой травмы мозга, тяжелой инфекции, интоксикации (тиф, пневмония, послеоперационные инфильтраты, послеродовые инфекции, алкоголизм, отравления ядами). Как правило, развившееся двигательное возбуждение при спутанном или оглушенном сознании сопровождается обильными зрительными, реже слуховыми, галлюцинациями, отрывочными бредо-

выми идеями. Так как такие больные чаще находятся в соматической больнице (а не в психиатрической), они требуют там усиленного надзора и быстрой врачебной помощи в связи с опасностью, которую они представляют для окружающих и для самих себя.

Психоз есть общее заболевание организма, сопровождающееся изменением психической сферы и нередко появляющееся в результате тех или иных соматических расстройств. Поэтому каждое нарушение психической деятельности требует внимательного изучения и соматической сферы больного. При исследовании психически больных необходимо обращать внимание на состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта и эндокринно-вегетативной системы. Обязательным в психиатрических учреждениях является полное клиническое исследование больного (анализ крови, мочи, спинномозговой жидкости, рентгенологическое исследование).

В лечебной практике приходится чаще встречаться с расстройствами разных сторон психической деятельности, а не изменениями одной какой-нибудь функции ее. Например, никогда не бывает так, чтобы у больного наблюдалась только галлюцинация или только бред, а во всем остальном психическая его деятельность не была бы нарушена. Расстройство восприятия, как правило, влечет за собой и нарушение мышления, суждения, поведения и эмоциональной жизни.

НЕВРОПАТОЛОГИЯ

§ 4. ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Острое нарушение мозгового кровообращения, или мозговой инсульт, сопровождается частичным нарушением целостности сосуда мозга или его разрывом. Мозговой церебральный инсульт — довольно частое заболевание, возникающее у лиц, страдающих гипертонической болезнью или церебральным атеросклерозом. Наблюдается чаще у мужчин в возрасте от 50 до 70 лет, реже у женщин. Среди условий, предшествующих развитию инсульта, следует отметить состояние физического и психического перенапряжения.

Задолго до острого нарушения мозгового кровообращения больной ощушает тяжесть и боль в голове, приступы головокружения и снижение работоспособности. Однако бывает и так, что больной до инсульта чувствует себя в общем удовлетворительно.

Кровоизлияние в мозг происходит остро. В результате шока наступает бессознательное, коматозное состояние.

Лицо в большинстве случаев багровеет, дыхание становится хрипящим, пульс замедлен и напряжен. Иногда отмечается непроизвольное выделение мочи и кала. Температура обычно нормальная. Зрачки не реагируют на свет, тонус мышц конечностей сильно понижен. Голова и глаза часто повернуты в сторону, противоположную парализованным конечностям. Последнее чаще наблюдается при кровоизлиянии в кору мозга или под мягкие его оболочки, т. е. при так называемом субарахноидальном кровоизлиянии.

Носогубная складка на стороне паралича руки и ноги сглажена, щека отдувается при всяком выдохе больного, что создает впечатление, будто больной курит трубку.

Если не наступает смерть, которая отмечается примерно в одной трети случаев, то через несколько часов или 1 и $1^1/_2$ суток, реже дольше, коматозное состояние сменяется сопорозным: больной еще не пришел в сознание, но уже начинает реагировать на раздражения. На задаваемые вопросы он приоткрывает глаза, шевелит губами, пытается ответить на вопрос. В это время выявляются первые очаговые симптомы, которые указывают на место кровоизлияния. Оно чаще всего располагается во внутренней капсуле, где проходят волокна пирамидного пути — главного двигательного проводника. Симптомами такого кровоизлияния, которые являются следствием перерыва этих проводников, являются гемиплегия и паралич нижней половины лица и половины языка. Такая гемиплегия характеризуется повышением мышечного тонуса, повышением сухожильных и появлением патологических рефлексов.

Так как пирамидные пути, соединяющие полушария мозга с передними рогами спинного мозга, совершают перекрест в нижних отделах продолговатого мозга, то при кровоизлиянии в правом полушарии гемиплегия возникает слева. Правосторонняя гемиплегия очень часто сопровождается и поражением речи, так как при кровоизлиянии в левом полушарии (височной доле) часто поражаются корковые системы, связанные с речевой деятельностью. У больного может наблюдаться моторная или сенсорная афазия. Больной либо совсем не может говорить, либо из прежнего запаса слов у него остается всего 2—3 ничего не выражающих слова или слога, вроде ди-ди или та-та. Зная, для чего служит подушка, стакан, очки или другие предметы, больной не может правильно назвать их. Это двигательная, т. е. моторная, афазия. В чистых случаях моторной афазии больной понимает обращенную к нему речь. Если же присоединяется сенсорная афазия, больной не говорит и не понимает речи. При чисто сенсорной афазии больной не понимает речи, но говорит. Правда, эта речь ввиду отсутствия самоконтроля часто бывает неправильной, иногда совсем непонятной.

Мышечный тонус повышается неравномерно. При гемиплегии наблюдается контрактура верхней конечности; рука согнута в локтевом и лучезапястном суставах, пальцы кисти сжаты в кулак. На ноге, наоборот, больше напряжены разгибательные мышцы, вследствие чего она всегда как бы несколько длиннее здоровой. Чтобы при ходьбе не задевать пол носком, больной, не имея силы приподнимать ногу кверху, отводит ее в сторону, описывая по полу полукруг (рис. 15). Это так называемая гемиплегическая походка. Часто на парализованной стороне можно обнаружить расстройства болевой и температурной чувствительности, которые возникают в результате поражения волокон кожного анализатора, расположенного также во внутренней капсуле.



Рис. 15. Левосторонний паралич. Гемиплегическая походка. Типичное положение парализованных конечностей вследствие развившейся мышечной контрактуры.

Непосредственно после кровоизлияния больной находится, как говорят, между жизнью и смертью.

Продолжающееся более суток коматозное состояние, тяжелые нарушения дыхания, резкое повышение температуры, судорожные припадки, нередко развивающаяся гипостатическая пневмония указывают на тяжесть заболевания.

В случаях нетяжелого кровоизлияния спустя 2—3 недели у больного появляется движение в парализованной ноге, а через 6—8 недель он начинает вставать с постели. Движения в руке восстанавливаются медленнее. Медленно восстанавливается и речь.

Лечение. Если дорога до больницы в хорошем состоянии, больного можно поместить в стационар, в противоположном случае лучше лечить дома. Переносить на кровать следует осторожно, больного надо положить на спину и несколько приподнять его голову. При наличии клокочущего дыхания больного следует положить на бок; к голове надо прикладывать лед, к ногам — грелки и следить, чтобы не было ожогов.

В остром периоде необходимо следить за деятельностью сердца, при резкой гиперемии лица и высоком артериальном давлении сделать кровопускание (150—200 мл); вместо кровопускания можно поставить пиявки за уши; ввести внутривенно 10 мл 40% раствора глюкозы или внутримышечно 15 мл 25% раствора сернокислой магнезии. С целью обезвоживания хорошо внутривенно ввести в первые часы заболевания раствор эуфиллина (0,24 г в 10 мл 40% раствора глюкозы), что можно повторить и в последующие 2—3 дня. Можно давать эуфиллин в свечах по 0,3 г 2 раза в день.

Если у больного в бессознательном состоянии во рту имеются съемные зубные протезы, их удаляют, так как они в положении на спине могут попасть в гортань.

Больному, находящемуся в коматозном состоянии, никогда не следует вливать что бы то ни было в рот, так как жидкость может попасть в гортань.

Во избежание образования опрелостей и пролежней необходим тщательный уход за больным, а также необходимо следить за мочеиспусканием. Обычно чаще наблюдается упускание мочи, чем задержка, требующая катетеризации. Но, учитывая возможность задержки мочи, при поступлении больного в отделение следует с помощью перкуссии определить степень наполнения мочевого пузыря, особенно если больной долго не мочился. Для предупреждения пролежней нужно следить за тем, чтобы больной не лежал подолгу на парализованной половине тела (на боку), так как на пораженных конечностях в связи с замедленным кровообращением особенно легко образуются пролежни. Во избежании пролежней на ягодице нужно подкладывать круг, под стопы — мягкие ватные «баранки».

Принимаются меры для устранения легко возникающих запоров. В первые дни после инсульта кишечник опорожняют при помощи клизмы, а в дальнейшем следу-

ет назначать легкие послабляющие средства — таблетки крушины, ревеня, пургена, изафенина, экстракт Cascarae sagradae, вазелиновое масло.

При расстройстве сна больному дают бромистые препараты. Дней через 10 после кровоизлияния начинают йодистую терапию.

Если больной прожил после инсульта месяц, то жизни его обычно уже не грозит опасность. Однако почти никогда не наблюдается полного восстановления движения и силы в парализованных конечностях.

Для восстановления функции парализованных конечностей через 7—10 дней после кровоизлияния ежедневно в течение 3—5 минут производят пассивные движения в суставах пораженных конечностей, стараясь не утомлять больного, а в дальнейшем — легкий, также неутомительный массаж (не более 8 минут на конечность). Как только у больного появятся первые самостоятельные движения, можно перейти к активной гимнастике. При наличии афазии рекомендуются занятия с логопедом.

Другой разновидностью нарушений мозгового кровообращения является тромбоз мозгового сосуда (закупорка его просвета), который обусловливает размягчение в полушарии мозга. Тромбоз является также следствием атеросклеротического процесса и чаще наблюдается в пожилом возрасте. Обычно поражается средняя мозговая артерия — главная ветвь внутренней сонной артерии (рис. 16, 17), или сама внутренняя сонная артерия в месте прохождения ее в области шеи. Эту локализацию поражения установить своевременно очень важно, так как тромб тогда можно удалить хирургическим путем.

По клинической картине тромбоз мозговых сосудов отличается от кровоизлияния. Симптомы тромбоза развиваются не сразу, а постепенно, в течение нескольких часов. Начальные явления характеризуются нарастающей головной болью, головокружением. Лицо бледнеет, артериальное давление оказывается пониженным. Симптомы очагового выпадения — гемипараличи, афатические нарушения — развиваются медленно. Глубина нарушения сознания и при тромбозе достигает степени сопора.

Повышение свертываемости крови способствует развитию тромбоза. При повышенной свертываемости крови необходимо проводить антикоагуляционную терапию, назначая дикумарин, пелентан, гепарин.

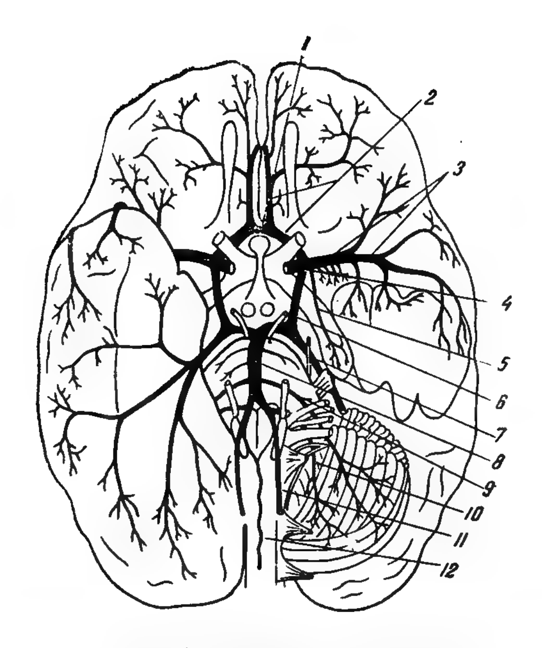


Рис. 16. Артерии основания мозга.

1 — передняя мозговая артерия; *2* — передняя соединяющая артерия; *3* — средняя мозговая артерия; *4* — подкорковые артерии; *5* — артерии к сосудистому сплетению; *6* — задняя соединяющая артерия, *7* — задняя мозговая артерия; *8* — основная мозговая артерия, *9* — средняя мозжечковая артерия; *10* — нижняя мозжечковая артерия, *11* — позвоночная артерия; *12* — передняя артерия спинного мозга (слева мозжечок удален).

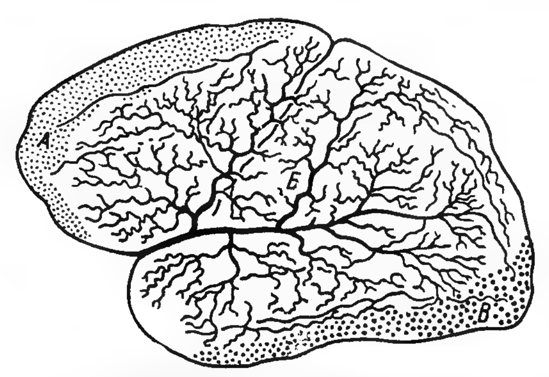


Рис. 17. Разветвление средней мозговой артерии на поверхности мозга.

А — область передней мозговой артерии; *Б* — область средней мозговой артерии; *В* — область задней мозговой артерии.

Наконец, острое развитие гемиплегии может иметь место и в молодом возрасте при мозговом ревмоваскулите и возвратном эндокардите, при эмболии средней мозговой артерии, которая может наблюдаться при пороке сердца. Эмболия мозговых сосудов возникает внезапно, без заметных предвестников. Судорожный припадок может быть признаком эмболии. Лечение то же, что и при других видах нарушения мозгового кровообращения.

§ 5. СОТРЯСЕНИЕ И УШИБ МОЗГА

Травмы головного мозга нередки в условиях мирного времени. Они могут сопровождаться наружными повреждениями: кожными ранами головы, трещинами и переломами костей черепа.

При переломах основания черепа, ввиду повреждения сосудов, обычно наблюдаются кровотечение из ушей и носа, кровоизлияния в конъюнктиву и значительные кровоподтеки вокруг глазниц.

Контузия (ушиб) головного мозга выявляется очаговыми симптомами, зависящими от размозжения нервной ткани у места приложения удара или даже в отдаленных участках от противоудара (куда бывает отдавлен мозг), от кровоизлияний в вещество мозга и образования гематомы на основании или на выпуклой поверхности мозга. Пулевые ранения с повреждением мозгового вещества вызывают примерно те же очаговые симптомы.

В случаях грубого нарушения целости мозга, особенно при наличии гематомы, больной нуждается в неотложной нейрохирургической помощи.

Одним из главных симптомов сотрясения мозга является бессознательное состояние, наступающее в момент травмы и длящееся от нескольких минут до нескольких часов и даже свыше суток.

Повторная рвота, замедленный пульс (до 48 ударов в минуту и менее), симптом Кернига, напряжение затылка—все эти симптомы наблюдаются при сотрясении мозга[1]. Эти симптомы вызываются общим отеком мозга с точечными кровоизлияниями, отеком мозговых оболочек и усиленным продуцированием спинномозговой жидкости.

[1] Описание этих симптомов приводится в разделе «Менингит».

Придя в сознание, больной обычно не может вспомнить событий, непосредственно предшествовавших катастрофе, не знает, как он попал в больницу, иногда не может назвать свою фамилию, имя, не помнит своего адреса, места работы и т. п. Эта ретроградная и антероградная амнезия[1] постепенно проходит, больной начинает все вспоминать, но часто остаются выпавшими из памяти обстоятельства, при которых произошла самая травма, и непосредственно предшествовавшие ей события. Больной жалуется на головную боль, головокружение. С течением времени все болезненные явления стихают, и в случаях легкого и средней тяжести сотрясения мозга наступает почти полное выздоровление.

При ушибе мозга ряд симптомов может держаться месяцами. Дольше всего бывает головокружение. Это обусловливается, по-видимому, повреждением полукружных каналов. Надолго может исчезнуть также обоняние, если расстройство его наблюдалось в остром периоде травмы головы.

В некоторых случаях травма мозга может обусловить возникновение острого психоза. После периода полной потери сознания (от нескольких часов до 2—3 дней) развертывается картина делириозного[2] состояния с наплывом зрительных и слуховых галлюцинаций, фантастическими, бессвязными бредовыми переживаниями, чаще устрашающего характера, резким речевым и двигательным возбуждением. В тяжелых случаях сотрясения мозга с поражением жизненно важных отделов больной, не приходя в сознание, умирает.

Нередко в более отдаленном периоде после травмы развиваются и надолго сохраняются стойкие остаточные явления в форме астенического состояния, которое может держаться даже годами, выявляясь в повышенной психической истощаемости, легко наступающей при физическом или умственном напряжении, в чувстве усталости, общей слабости, слабодушии, слезливости, раздражительности, доходящей до крайней гневливости. При

---

[1] Если в остром периоде сотрясения мозга больной не помнит событий, имевших место после травмы, то это нарушение будет называться антероградной амнезией.

[2] Делирий чаще развивается у лиц, до того злоупотреблявших алкоголем, и требует принятия срочных мер для ликвидации психоза (возбуждения) (см. соответствующий раздел).

этом отмечается и сосудистая неустойчивость, потливость, повышение всех сухожильных рефлексов. В таких случаях говорят о травматической энцефалопатии (или церебропатии).

Эти явления часто приобретают особенно длительное и тяжелое течение, нередко приводя к стойким и выраженным изменениям характера со склонностью вызывать к себе сочувствие, требовать особого внимания, особых привилегий. Несдержанность эмоций, повышенная внушаемость, снижение волевых устремлений дополняют картину посттравматического изменения личности.

Лечение. В остром периоде рекомендуется полный покой, холод на голову, при возбуждении и бессоннице— аминазин или пропазин по 0,025 г внутрь или 2,5% раствор внутримышечно по 1—2 мл, бромистые препараты, люминал (0,05—0,1 г), при сердечной слабости — камфара, кофеин, при резких головных болях — поясничный прокол с извлечением спинномозговой жидкости с целью понижения внутричерепного давления, внутривенные вливания с той же целью гипертонического (10%) раствора поваренной соли (30 мл), 40% раствора глюкозы, а также внутримышечное введение меркузала или 1—2 мл новурита или внутривенно 30% раствор мочевины на 5—10% растворе глюкозы, в дозе 1 мл на 1 кг веса тела. Применяются также клизмы из сернокислой магнезии (75 г Magnesiae sulf. на 250 мл воды).

Длительное пребывание больного в постели с постепенным переходом к обычному образу жизни имеет большое значение для профилактики стойких посткоммоционных явлений и упорных головных болей.

В лечении этого рода больных наряду с лекарственными и физическими методами большую роль играет постепенное вовлечение в трудовую деятельность, т. е. трудотерапия и трудоустройство, а также психотерапия, поддерживающая в больном уверенность в возможности полного восстановления здоровья и приспособления к требованиям жизни.

§ 6. ЭПИЛЕПСИЯ

Границы самостоятельной, или генуинной, эпилепсии настолько сузились, что лишь случаи, протекающие с нарастающей умственной деградацией при сравнительно

нечасто повторяющихся припадках, должны относиться к этой форме заболевания.

В большинстве же случаев эпилепсия является симптомом какого-либо заболевания головного мозга — опухоли мозга, остаточных изменений после перенесенной травмы головы, менингита, энцефалита и т. п.

Эпилепсия характеризуется пароксизмально, приступообразно наступающими судорожными припадками с потерей сознания или припадками сумеречного состояния сознания большей или меньшей длительности.

Причины эпилептической болезни еще не совсем ясны. У ряда больных припадки, по-видимому, возникают как следствие внутриутробного энцефалита, родовых травм, а также энцефалита, перенесенного в детстве. Нередко в анамнезе родителей больных значится большая невропатическая отягощенность, психические заболевания, алкоголизм.

Высказывается предположение о нарушении обмена веществ и о своеобразной установке вегетативно-сосудистого аппарата. Так, в случаях эпилептической болезни происхождение каждого отдельного припадка связывают со спазмами мозговых сосудов, что удавалось объективно отметить у больных во время операции.

В поведении больных эпилепсией очень характерна педантичность, вязкость и прилипчивость; не умея схватить основного, отделить главное от второстепенного, они останавливают свое внимание на мелочах и деталях; они вмешиваются во все мелочи быта и всюду настойчиво отстаивают на словах мнимую справедливость. Иногда все эти черты становятся настолько резко выраженными, что делают больного нетерпимым в быту. Такого рода специфические изменения личности настолько характерны для страдающих эпилепсией, что часто помогают распознать болезнь в тех случаях, когда еще недостаточно ясно выражены другие признаки болезни — припадки.

Одной из черт характера больного эпилепсией является его инертность. Он с трудом отказывается от старых привычек, от старых вещей, от старых мыслей, застревает на одних и тех же впечатлениях и переживаниях. Сужается круг его интересов, притупляется интеллект. В характере эпилептиков тоже происходят значительные изменения. Больные эти обычно чрезвычайно

вежливы, слащавые и льстивые в обращении, по существу холодны, грубо эгоистичны, злобны, завистливы, мстительны и чрезвычайно гневливы. Часто они очень религиозны, склонны к мистицизму и суеверию. Следует, однако, иметь в виду, что далеко не всегда течение эпилепсии сопровождается такими тяжелыми нарушениями интеллекта и изменениями характера.

Припадок эпилепсии обычно начинается с внезапной потери сознания, больной падает, обычно лицом вниз, при этом он может получить телесные повреждения. Приступ судорог начинается с тонической фазы: руки и ноги вытягиваются в напряженном состоянии. Затем наступает клоническая фаза — быстрые сгибательные и разгибательные судорожные движения конечностей, подергиваются мышцы лица, язык судорожно сокращается, при этом он попадает между сведенными челюстями и часто прикусывается. Непроглатываемая слюна скопляется во рту, образует пену и вытекает изо рта; если больной прикусывает язык, слюна окрашивается кровью.

Дыхательная мускулатура охвачена судорогой, дыхание затруднено; лицо, вначале бледное, становится синюшным. Зрачки расширены, не реагируют на свет. Часто во время припадка наблюдается непроизвольное выделение мочи, а иногда и кала. Судорожное состояние длится обычно $1^1/_2$—2 минуты. Чрезвычайно сильный судорожный разряд вызывает острое истощение и разлитое торможение — сон, который может длиться полчаса, час и дольше. Проснувшись, больные обычно не помнят о происшедшем.

У некоторых больных в течение ряда дней после припадка наблюдаются раздражительность, утомленность, общая разбитость, головные боли, некоторая замедленность психических функций.

Иногда бывают только ночные припадки эпилепсии, т. е. во сне, так что больной знает об этих припадках только со слов окружающих.

Нередко припадку предшествует период предвестников или так называемая эпилептическая аура (аура — дуновение), чаще всего в виде различных ощущений. Аура может выявляться в виде неприятных парестезий в той или другой конечности, определенных запахов и вкусовых, зрительных ощущений. Во время ауры окружающие предметы могут восприниматься в увели-

ченном, уменьшенном, искаженном, исковерканном виде. Изредка аура протекает с кратковременным расстройством слуха в виде глухоты на одно ухо или появлением шума, свиста, окликов по имени. Наконец, бывают своеобразные переживания: больному кажется, что где-то когда-то он видел это самое место, так же стояли все предметы, такой же был разговор, что-то очень похожее вообще уже было пережито, но только не удается вспомнить, когда и где именно.

Иногда эпилептическая аура длится всего несколько секунд, в других случаях она бывает более продолжительной, так что больной успевает дойти до постели и предупредить окружающих о надвигающемся припадке. В редких случаях все ограничивается одной лишь аурой без последующих судорог.

Механизм эпилептического припадка сложный. Корковый двигательный анализатор у страдающего эпилепсией находится в ненормально повышенном тонусе, именно здесь локализуется наиболее выраженный очаг патологически инертного раздражительного процесса. При незначительном добавочном раздражении «этот повышенный тонус уже переходит в явную и резкую деятельность». Чрезвычайная сила, взрывчатость и периодичность нарушения процесса коркового возбуждения характерны для эпилепсии.

Наряду с большими судорожными припадками у больного могут быть и малые припадки. У некоторых больных бывают только малые припадки, которые носят самый разнообразный характер. Основным является мгновенная полная потеря сознания. Окружающие замечают, что больной во время беседы на несколько секунд прерывает свою речь, смотрит в одну точку, временно как бы отсутствует, а затем как ни в чем не бывало продолжает прерванный разговор. Но бывает и так, что после малого припадка больной чувствует некоторую разбитость и слабость.

Между легкими приступами затемнения сознания и тяжелыми судорожными припадками существуют всевозможные переходные формы. Иногда абортивный (стертый) судорожный припадок сводится к тому, что больной теряет сознание, падает на землю и у него появляются нерезкие судороги в лице или руке; все это носит кратковременный характер. Припадок может проявлять-

ся в том, что больной неожиданно бледнеет, порой у него затемняется сознание, и он стремится куда-то бежать.

При эпилепсии бывают и длительные состояния сумеречного сознания. Находясь в таком состоянии, больной действует, не отдавая себе ни в чем отчета. Он может начать обнажаться в общественном месте, прыгнуть в одежде в воду и т. п. В сумеречном состоянии больной может попасть в другой город, совершить какое-либо правонарушение, вплоть до опасного преступления, например убить, поджечь и т. п. Когда к больному возвращается нормальное состояние, он не помнит о происшедшем.

Эпилептические сумеречные состояния могут проявляться также в приступах резкого психомоторного возбуждения, связанных с чувством безотчетного страха, устрашающими видениями, которые нередко и побуждают больных к агрессивным действиям по отношению к окружающим. Длительность этих состояний от нескольких часов до нескольких суток.

Кроме того, у больных эпилепсией наблюдаются расстройства настроения: больные неожиданно, казалось бы, среди полного благополучия, без видимых причин, начинают мрачнеть, становятся придирчивыми. Крайне раздражительные, они становятся злобными и в этом состоянии могут быть агрессивными. Так, один больной, обычно вежливый, излишне учтивый, становился напряженным, говорил о том, что он «полон злобы», метался по коридору, сжав кулаки, или ложился в постель, накрывал голову подушками и, скрежеща зубами, шептал: «Не подходите, убью!» Спустя некоторое время состояние выравнивалось, и больной, испытывая расслабленность во всем теле, засыпал.

Точно не установлено, принадлежат ли к эпилепсии случаи снохождения, или так называемого лунатизма, когда ребенок, не просыпаясь, встает и ходит по комнате, проделывает ряд сложных, иногда бессмысленных действий, выходит на улицу и т. п. Все рассказы об удивительных «фокусах» лунатиков обычно преувеличены и даже попросту вымышлены. Ничего неестественного в их поведении нет. Их мозговая кора продолжает находиться в состоянии торможения, тогда как подкорка вышла из состояния сна и активно функционирует. Лунатик находится в частичном сне и все действия его совершаются автоматически. Поэтому он, не испытывая никакого стра-

ха, может, например, на большой высоте пройти по узенькой дощечке. Будь эта дощечка внизу, любой бы из нас прошел бы по ней без всяких колебаний и потери равновесия, но на высоте страх и неуверенность в себе мешают нам это сделать.

Близкими к эпилепсии считаются состояния приступообразной непреодолимой сонливости, так называемая нарколепсия. У больного возникает, иногда даже по нескольку раз в день, кратковременное своеобразное состояние сонливости; он не может преодолеть это состояние и в течение нескольких минут или секунд не может даже пошевелиться, глаза его закрыты. Больной знает об этом состоянии и подробно его описывает.

Самой тяжелой формой эпилепсии является та, при которой припадки следуют один за другим. Промежуток между ними может быть настолько мал, что больной не приходит в сознание, — это так называемый status epilepticus — эпилептическое состояние, которое может длиться несколько часов и дней. Состояние это очень опасно для жизни, так как оно не всегда может быть ликвидировано лечебными мероприятиями и может закончиться смертью.

Большинство больных эпилепсией в промежутках между отдельными припадками как с физической, так и с психической стороны остаются практически здоровыми. Особенно это относится к больным, у которых припадки бывают редко. В тех же случаях, когда болезнь тянется долго и припадки повторяются часто, изменения в психике больного выявляются особенно резко.

В детском возрасте начавшаяся эпилептическая болезнь может протекать атипично: так, например, редко приходится видеть развернутый большой судорожный припадок. Чаще имеет место абортивный припадок, когда при глубоком затемнении сознания судорожные подергивания могут быть слабо выражены, без обычно закономерной смены тонических судорог клоническими. В связи со сказанным припадок у детей скорее может напоминать обморок, причем довольно часто появляются стереотипные движения, например вращение туловища вокруг своей оси, топтание на одном месте, повторение одного и того же слова.

У детей эквиваленты эпилептических припадков часто выражаются в неожиданно развивающихся расстрой-

ствах настроения: ребенок становится невыносимым, капризно-злобным. К ним же относятся сумеречные состояния в форме снохождения, когда ребенок встает с постели ночью, может уйти из комнаты или просыпается от чувства ужаса, страха, пытается бежать, сопротивляясь удерживающим его.

Лечение. Лечение больных эпилепсией сводится к применению лекарственных средств, понижающих возбудимость нервной системы, возбудимость мозговой коры и подкорковых образований: люминала (по 0,05—0,1 г на ночь или утром и вечером), дилантина (по 0,1 г 3 раза в день), бромистого натрия, хлоракона (по 1 г 3 раза в день). Последние годы с успехом применяется гексамидин (по 0,25 г 3 раза в день).

Хорошие результаты дает длительное лечение (до 6 месяцев) порошками Серейского:

Rp. Luminali 0,25
Bromurali 0,2
Coff. natr.-benz. 0,015
Papaverini hydrochlorici 0,03
Calcii gluconici 0,5
DS. По 1 порошку в день

Одновременно рекомендуется витаминизация больного. Лечение должно проводиться длительно и упорно в течение ряда месяцев и лет. Основным принципом лечения больных, страдающих эпилепсией, является индивидуализация метода и подбор наиболее эффективных препаратов, а также беспрерывность терапии.

Больной эпилепсией должен соблюдать особый режим: избегать переутомления, не работать по ночам, не курить, исключить из пищи все возбуждающее — спиртные напитки и пряности. Однако, несмотря на все проводимые мероприятия, совершенно ликвидировать судорожные припадки удается редко, и все же при систематическом лечении и соблюдении правильного режима в большинстве случаев наблюдается значительное улучшение состояния больного.

В момент начавшегося большого эпилептического припадка необходимо расстегнуть одежду (воротник, пояс), подложить под голову больного что-нибудь мягкое с тем, чтобы больной не получил тяжелых ушибов. Удерживать больного нельзя. По окончании припадка перенести больного в постель.

В активном и неотложном лечении нуждается больной при сумеречном состоянии с психомоторным возбуждением и при status epilepticus. В таких случаях показаны клизмы с хлоралгидратом (2—3 г в 50 мл воды 1—2 раза в день), гексенал — 1 г в 25 мл воды в клизме или 1 г в 10 мл дистиллированной воды внутривенно (гексенал выпускается в виде порошка по 1 г в запаянных ампулах; перед употреблением в ампулу шприцем вливают 10 мл теплой стерильной дистиллированной воды). Последние годы с успехом применяется аминазин (Sol. Aminasini 2,5%) от 1 до 3 и даже 4 мл внутривенно. Если эти средства не помогают при эпилептическом статусе, то производят люмбальную пункцию.

Судорожные припадки, представляющие собой основной симптом эпилептической болезни, нередко наблюдаются как проявление других органических процессов в головном мозгу. Так, например, при сифилисе мозговых оболочек, при опухоли мозга, при травматическом повреждении костей черепа и его содержимого бывают судорожные припадки, которые носят название симптоматической эпилепсии, или эпилептиформных припадков. В этих случаях припадок часто начинается с подергивания какой-либо определенной группы мышц, например лица, руки или ноги, и протекает сначала при ясном сознании. Постепенно идет иррадиация раздражения по коре, соответственно с чем в него втягиваются все мышцы, и припадок заканчивается общими судорогами. Такой припадок носит название припадка джексоновской эпилепсии. Генерализации судорог может и не быть. При этом двигательный анализатор находится в состоянии патологически инертного раздражительного процесса, имеется ограниченный очаг возбуждения — опухоль головного мозга, травматический рубец в оболочках, цистицерк или киста. В этих случаях лечение, с одной стороны, будет состоять в оперативном устранении основной причины судорог (опухоли, рубца, инородного тела), а с другой — в медикаментозном лечении.

Уход в данном случае может потребоваться такой же, как при любом эпилептическом припадке.

Ухаживающий персонал должен уметь отличить эпилептический припадок от истерического, так как припадки могут быть и в отсутствие врача, а иногда бывает важно установить характер припадка у данного больного.

При эпилептическом припадке наступает полная потеря сознания, и, падая, больной легко может ушибиться, обжечься о горячую плиту и т. п. Находясь в сумеречном состоянии сознания, он может выбежать из отделения, произвести бессмысленные и не безопасные для окружающих действия. Отсюда ясно, что больные эпилепсией требуют от персонала неотступного внимания.

Объективным доказательством глубокой потери сознания является угасание рефлексов, отсутствие реакции зрачков на свет, которые перестают суживаться при приближении источника света. При истерическом же припадке, протекающем без потери сознания, зрачковая реакция сохранена. При истерии больной не расшибается, не упускает мочу, не прикусывает языка, зато часто искусывает губы. Если же он и прикусывает язык, то самый кончик его, а не боковые части. Истерический припадок более длителен, сопровождается стонами или криками, при нем, кроме клонических судорог, часто наблюдается выгибание тела дугой, манерничанье, усиление судорог при приближении медицинского персонала. Насильственные движения во время истерического припадка имеют определенный смысл, форму, часто пантомимически выражая переживания больного (см. рис. 34). После истерического припадка нет периода глубокого сна. Связь истерического припадка с непосредственно предшествующей ему психической травмой не всегда бывает отличительным диагностическим признаком, так как и эпилептический припадок может быть иногда вызван неприятным переживанием.

Очень показателен выход из припадка: в случае эпилепсии легко можно подметить растерянность больного, неполную его ориентировку в окружающем, неотчетливую, с трудом формируемую речь.

Важно также во время припадка наблюдать за глазами больного: при истерии глаза убегают от наблюдателя, закатываясь под орбиту или уходя в сторону: приподнять веки не удается из-за активного сопротивления больного. Если приподнять веки больного в эпилептическом припадке, то видно, что глаза безжизненно устремлены вперед.

При постановке диагноза эпилептической болезни в детском возрасте надо быть очень осторожным и помнить, что в этом возрасте эпилептиформные синдромы

возникают с чрезвычайной легкостью под влиянием самых разнообразных причин. Так, например, состояние тонических и клонических судорог у детей в раннем возрасте может быть выражением сложных нарушений обмена веществ при недостаточности паращитовидных желез. Болезнь эта, называемая спазмофилией, наблюдается в грудном возрасте и к третьему году жизни проходит бесследно. Для лечения спазмофилии применяют рыбий жир, фосфор, витамины.

Кроме того, острые инфекционные заболевания, отравления пищевыми ядами начинаются нередко у детей с судорожных припадков. Наконец, органические заболевания нервной системы (менинго-энцефалиты, арахноидиты), желудочно-кишечные интоксикации (глисты, хронические колиты) также могут сопровождаться судорожными разрядами. Легкость возникновения судорожных синдромов в детском возрасте, по-видимому, стоит в в связи с недостаточно развитым процессом торможения, и, наоборот, быстрой иррадиацией возбуждения по коре головного мозга.

§ 7. МЕНИНГИТЫ, ЭНЦЕФАЛИТЫ И ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТЫ

Инфекционные заболевания нервной системы чаще всего протекают в форме воспаления мозговых оболочек (менингиты), вещества головного мозга (энцефалиты). Нередко воспаление головного мозга сочетается с воспалением спинного мозга (энцефаломиелиты).

Головной мозг покрыт снаружи тремя мозговыми оболочками — одной твердой оболочкой и двумя мягкими, которые носят название паутинной (арахноидальной) и сосудистой. Твердая мозговая оболочка одевает как бы чехлом головной и спинной мозг. Сосудистая и паутинная оболочки прилегают к поверхности мозга в виде двух листков, между которыми образуется подпаутинное пространство.

Внутри головного мозга имеются полости — желудочки: два боковых желудочка (с передними, задними и нижними рогами, или отделами), которые переходят в третий желудочек, расположенный между зрительными буграми; третий желудочек в свою очередь переходит в узкий канал, так называемый сильвиев водопровод,

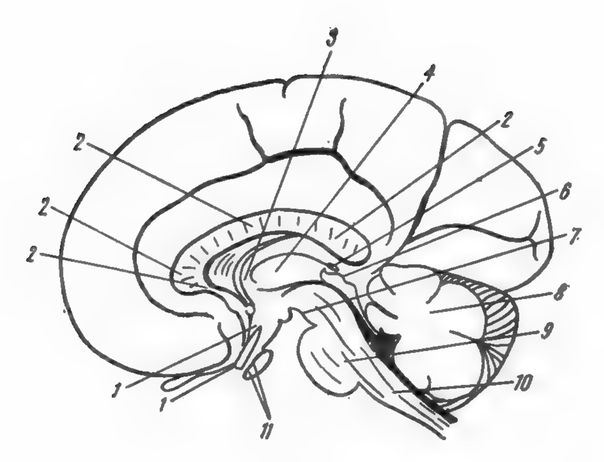


Рис. 18. Разрез по средней линии через головной мозг.

1 — зрительный нерв; *2* — большая спайка мозга; *3* — отверстие, соединяющее боковые желудочки с третьим; *4* — зрительный, или чувствительный, бугор; *5* — шишковидная железа; *6* — четверохолмие; *7* — ножки мозга; *8* — мозжечок; *9* — варолиев мост; *10* — продолговатый мозг; *11* — гипофиз, придаток мозга.

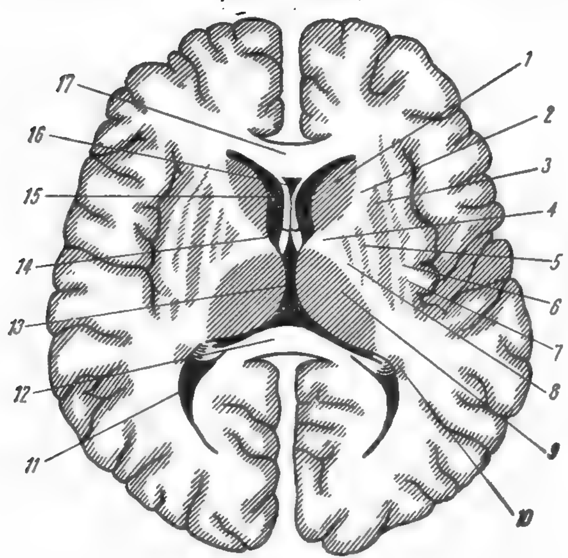


Рис. 19. Горизонтальный разрез головного мозга.

1, 10 — хвостатое тело; *2, 4, 8* — внутренняя капсула; *3* — скорлупа; *5* — бледный шар; *6, 7* — ограда; *9* — зрительный бугор; *11, 15* — боковой желудочек; *12, 17* — большая белая спайка; *13* — третий желудочек; *14* — ножка свода; *16* — прозрачная перегородка.

который находится под четверохолмием. Сильвиев водопровод на уровне варолиева моста и продолговатого мозга расширяется, образуя четвертый желудочек. Последний, суживаясь, переходит в спинномозговой канал (рис. 18 и 19).

Менингит. Вне зависимости от этиологии менингита— менингококковый (эпидемический), туберкулезный, паротитный, или вторичный — он чаще встречается в детской практике.



Рис. 20. Положение больного менингитом, ригидность мышц затылка, согнутые ноги, втянутый живот.

Клиническая картина менингита слагается из так называемых менингеальных симптомов: 1) головная боль с тошнотой, иногда и рвотой, не связанной с приемом пищи; 2) напряжение мышц затылка; 3) напряжение мышц нижних конечностей (см. ниже); 4) замедление пульса как следствие раздражения блуждающего нерва; 5) изменение состава спинномозговой жидкости; 6) повышение температуры; 7) затемнение сознания и наплыв обманов слуха и зрения, если не с самого начала заболевания, то под конец; может быть и возбужденное состояние.

В остром периоде менингита голова больного обычно запрокинута назад, в тяжелых случаях как бы вдавлена в подушку, и привести ее к груди нелегко. Больной лежит на боку или на спине с приведенными к животу ногами, причем в тяжелых случаях ноги все время согнуты (рис. 20). Такое сгибание ног в коленных суставах объясняется напряжением мышц-сгибателей голени и яв-

ляется ранним диагностическим признаком. У лежащего на спине больного с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами не удается полностью разогнуть ногу в коленном суставе (симптом Кернига, рис. 21).

Процесс может захватить те или иные черепномозговые нервы, проходящие через воспаленные оболочки.

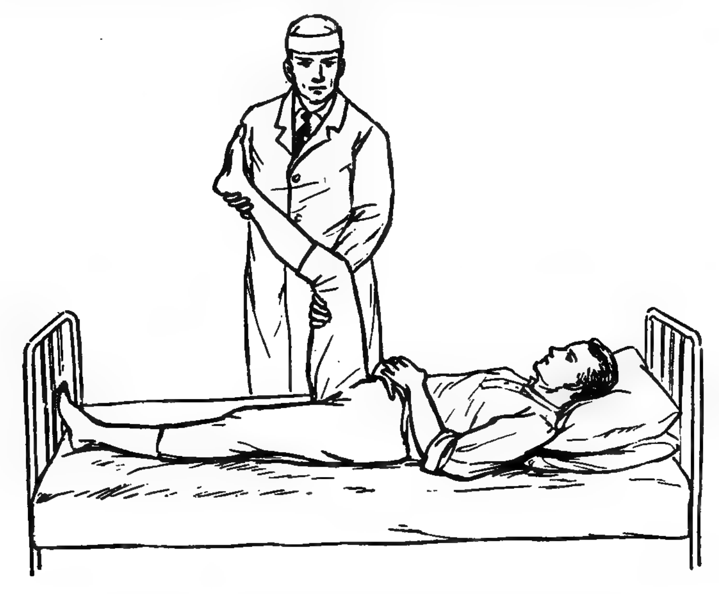


Рис. 21. Исследование симптома Кернига.

Всего имеется 12 пар черепномозговых нервов (рис. 22), которые располагаются на основании мозга в следующем порядке: I нерв, обонятельный, лежит у основания лобных долей; II нерв, зрительный, его волокна перекрещиваются кпереди от турецкого седла; III нерв, глазодвигательный, выходит между ножками мозга; IV нерв, блоковый, расположен по краям ножек мозга; V нерв, тройничный, — из средних отделов варолиева моста; VI нерв, отводящий, — между нижними отделами варолиева моста и продолговатым мозгом; VII нерв, лицевой, и VIII нерв, слуховой, выходят между варолиевым мостом, продолговатым мозгом и мозжечком в области, именуемой мостомозжечковым углом; XI нерв, добавочный, отходит рядом корешков от нижних отделов продол-

говатого мозга и верхних шейных отделов спинного мозга; IX нерв, языкоглоточный, X нерв, блуждающий, и XII нерв, подъязычный, отходят от утолщенной (бульбарной) части продолговатого мозга и носят название бульбарных нервов.

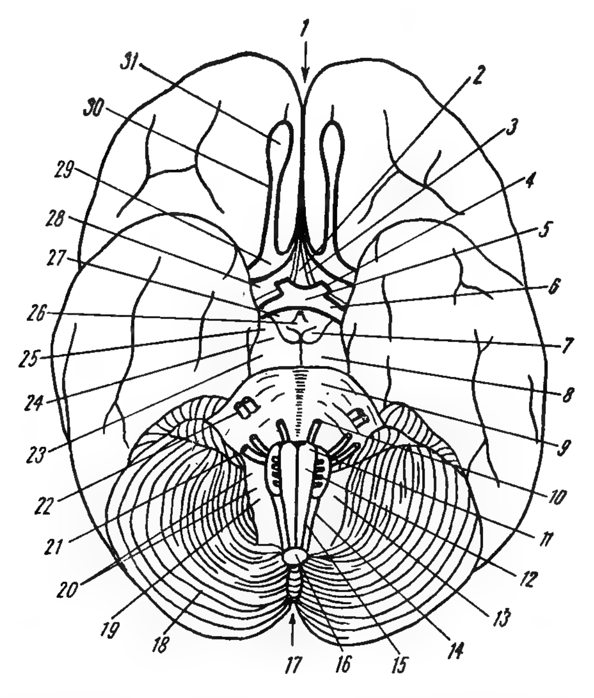


Рис. 22. Основание головного мозга.

1 — щель между полушариями; *2, 3* — конечная пластинка; *4, 5, 6* — II нерв, зрительный, и его перекрест; *7* — мамиллярные тела; *8* — межножковое пространство; *9* — варолиев мост; *10* — VI нерв, отводящий глазное яблоко; *11, 12* — место прохождения пирамидных путей; *13* — XII нерв, подъязычный; *14, 15* — щели продолговатого мозга; *16* — продолговатый мозг; *17* — щель между полушариями мозжечка; *19* — XI нерв, добавочный; *20* — X и IX нервы (блуждающий и языкоглоточный); *21* — VIII нерв (слуховой) и VII нерв (лицевой); *22* — V нерв (тройничный); *23* — IV нерв (блоковый); *24* — III нерв (глазодвигательный); *25* — ножки мозга; *26, 27* — начало гипофиза; *28* — переднее продырявленное пространство; *29, 30, 31* — I нерв (обонятельный).

При менингите поражаются чаще других глазодвигательный и отводящий нервы, что вызывает двоение в глазах и птоз века. Тяжелым осложнением является по-

ражение языкоглоточного и блуждающего нервов, так как это дает картину бульбарного паралича. Двигательные волокна языкоглоточного и блуждающего нервов иннервируют мышцы глотки и гортани, и поражение их ведет к более или менее выраженной слабости этих мышц с неминуемым расстройством глотания — дисфагии и неясного исковерканного произношения слов — дизартрии. Жидкая пища попадает в нос, твердой пищей больной поперхивается, необходимо с осторожностью, не спеша кормить больного в сидячем положении полужидкой пищей. В тяжелых случаях глотание и речь невозможны. Приходится переходить на искусственное питание — питательные клизмы или введение жидкой пищи через тонкий зонд, проводимый через нос.

Еще более грозным осложнением, особенно при распространении воспалительного процесса на ядра продолговатого мозга, является расстройство дыхания, которое может быть причиной смерти больного, если не оказать ему помощи. Такой помощью является искусственное аппаратное дыхание, которое приходиться подключать на более или менее длительный срок.

Повторные люмбальные пункции производятся больным менингитом с диагностической и лечебной целью. Спинномозговая жидкость нередко вытекает под повышенным давлением — струей или частыми каплями; в ней содержится большое количество белка и форменных элементов — лимфоцитов или нейтрофилов, в зависимости от характера менингита; иногда в ней удается обнаружить возбудителя воспалительного процесса (менингококк, туберкулезные микобактерии, стрептококк).

Для лечения менингитов применяются сульфаниламиды, пенициллин, стрептомицин.

У некоторых больных, не леченных сульфаниламидами или пенициллином, по выздоровлении остается тот или иной дефект: двусторонняя глухота, водянка головного мозга с наклонностью к эпилептическим припадкам, умственная отсталость. Худшее предсказание у грудных детей, с возрастом оно постепенно улучшается. Исход у пожилых лиц также сомнителен.

Наряду с сульфаниламидами или пенициллином нужно применять и симптоматическое лечение: холод на голову, слабительные, болеутоляющие средства, теплые ванны.

Противопоказаны слабительные средства: глауберова соль, сернокислая магнезия и сложный лакричный порошок во избежание развития сульфогемоглобинемии.

Необходимо следить за состоянием сердца, за опорожнением мочевого пузыря и кишечника.

Надо помнить и о возможных осложнениях со стороны ушей и легких, следить за чистотой воздуха в палате, оберегать от ознобления. Надо как можно меньше тревожить больного, помня о повышенной кожной чувствительности и возможном возникновении возбуждения и судорог. Очень важна профилактика пролежней. Надо следить за состоянием полости рта. Ежедневно протирать слизистую рта и зубы влажной ваткой. Пища должна быть преимущественно жидкой.

Энцефалиты. Различаются энцефалиты по этиологии и по преимущественной локализации патологического процесса в том или ином отделе головного мозга. Распространением этого процесса обусловливается и клиническая картина энцефалита.

Так, эпидемический энцефалит, при котором процесс разыгрывается в области подкорковых серых образований (полосатых тел и бледного шара) и среднего мозга (черная субстанция) в остром периоде протекает с непреодолимой сонливостью, а в хронической стадии вызывает нарастающую мышечную ригидность, скованность больного. Такие больные медленно идут, не производя сопутствующих движений руками, все их действия заторможены, бедны, лицо амимично, речь монотонная, с растягиванием различных звуков. Эта клиническая картина получила название паркинсонизма (рис. 23). Скованность может быть столь резко выражена, что больной нуждается в посторонней помощи, чтобы присесть в кровати, привстать на пол, поесть. У некоторых больных наблюдается по временам спазм взора: внезапно закатываются глаза кверху под орбиту и вывести их из этого положения больной не может. Припадок тянется несколько минут, час и больше.

На фоне резкой скованности иногда наблюдается дрожание кистей и головы.

Больные паркинсонизмом часто назойливы, повторно обращаются с одним и тем же вопросом, на который им уже был дан ответ.

Симптоматическое лечение антипаркинсоническими препаратами (тропацин, артан, паркинсан, циклодол) малоэффективно. Лучшие результаты дает хирургическое лечение — введение 1 мл спирта в бледный шар или передненаружное ядро зрительного бугра.



Рис. 23. Общая скованность при паркинсонизме.



Рис. 24. Свисающая голова при атрофии мышц шеи и парализованные руки после перенесенного весенне-летнего энцефалита.

При весенне-летнем клещевом энцефалите воспалительный процесс локализуется главным образом в двигательных ядрах продолговатого мозга и шейных отделов спинного мозга. Остро, при повышенной температуре, через 2 недели после укуса зараженного вирусом клеща у больного развивается вялый, в дальнейшем атрофический паралич мышц шеи и плечевого пояса. Голова свисает на грудь, руки висят плетьми (рис. 24).

В ряде случаев наблюдается развитие кожевниковской эпилепсии. Название этой эпилепсии связано с именем основоположника отечественной невропатологии А. Я. Кожевникова, впервые описавшего ее в 1894 г. При ней наблюдаются постоянные судороги в оп-

ределенной группе мышц, постепенно, на протяжении ряда дней или недель, нарастающие и переходящие в большой судорожный эпилептический припадок.

Лечение. В остром периоде заболевания ежедневно вводят эндолюмбально или внутримышечно 5—10 мл сыворотки крови реконвалесцентов, выздоровевших от этой болезни. При параличах назначают инъекции прозерина (по 1 мл 0,05% раствора 2 раза в день), витамина B_1.

Профилактика заболевания заключается в борьбе с клещами и лесными грызунами, которые являются носителями, резервуарами энцефалитического вируса.

При ревматическом энцефалите патологический процесс локализуется в подкорковых серых ядрах (полосатых телах). Это поражение проявляется в виде непроизвольных движений — малой хореи.

Заболевают хореей обычно дети школьного возраста, чаще девочки. Непроизвольные движения обычно развиваются постепенно, начавшись с непривычного гримасничанья, затем возникают быстрые бессмысленные движения рук, которым вначале домашние не придают особого значения. Симптомы нарастают: начинают дергаться пальцы, руки, мышцы лица и туловища. Стояние и ходьба в тяжелых случаях невозможны. В подергивании принимают участие язык, мышцы гортани и жевательная мускулатура, в связи с чем могут сильно нарушаться глотание и речь. В особенно тяжелых случаях больной совсем не может говорить, глотает пищу лишь в период затихания бесцельных движений. Руки и ноги постоянно раскидываются в разные стороны, туловище и голова принимают самые причудливые положения. Иногда больной даже может упасть с кровати. Не только в тяжелых, но и в легких случаях хореи у ребенка отмечаются изменения психики: расстраиваются память и внимание, наблюдается пугливость, безразличие, беспричинный плач и смех. Продолжительность болезни от 1 до 3 месяцев, редко дольше. В большинстве случаев наступает выздоровление. Могут возникать рецидивы болезни, при этом обострения хореи иногда наблюдаются в течение нескольких лет подряд.

Лечение. В остром периоде болезни при повышенной температуре лечение заключается в постельном содержании, внутривенных вливаниях 40% раствора уро-

тропина и внутримышечных инъекциях 10% раствора сернокислой магнезии (по 3—5 мл), приеме бромидов, салициловокислого натрия, аспирина, пирамидона, люминала, в аутогемотерапии и общем кварцевом облучении. При тяжелом беспокойном состоянии больного приходится прибегать к хлоралгидрату, чаще к клизме, или к инъекциям 2,5% раствора аминазина по 1 мл внутримышечно.

Малая хорея очень часто сопровождается ревматическим эндокардитом, поэтому даже в сравнительно легких случаях болезни следует соблюдать постельный режим и разрешать ребенку встать с кровати только после того, как пройдут все явления со стороны сердца.

Энцефаломиелиты. К разновидностям энцефаломиелита относится рассеянный склероз, заболевание, встречающееся чаще у лиц молодого возраста. Очаги поражения разбросаны по головному и спинному мозгу, чем и обусловливается клиническое разнообразие болезни. Чаще всего страдают пирамидные пути и волокна, осуществляющие связи спинного и продолговатого мозга с мозжечком. Болезнь проявляется в виде спастических парезов или параличей (обычно ног) и расстройства координаций движений. Последнее выявляется в неуверенности, неточности при выполнении движений ногами, руками, языком (при речи), глазами (при отведении их в сторону). Спастическая и мозжечковая (пьяная) походка, промахивание при целевых действиях руками, скандированная (по слогам) речь, нистагм (подергивание глазных яблок) — классическая картина рассеянного склероза.

Заболевание развивается обычно скачками и часто дает ремиссии, правда, иногда очень короткие, с улучшением состояния и исчезновением болезненных симптомов.

Лечение назначается симптоматическое.

§ 8. ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Опухоли в головном мозгу могут расти как первичное новообразование или как метастатическое (перенос клеток опухоли по кровеносным сосудам или лимфатическим путям). Локализация в мозгу опухоли может быть самая разнообразная, что и обусловливает разнообразие

клинической картины. Опухоли мозга характеризуются неуклонным прогрессивным развитием. При опухолях мозга почти всегда наблюдаются общемозговые симптомы, обусловленные повышением внутричерепного давления с венозным застоем. К ним относится головная боль, рвота, застойные явления в сетчатке глаза с последующей слепотой, оглушенность, общее тяжелое состояние больных (в далеко зашедших случаях). Кроме того, при опухолях мозга встречаются симптомы, обусловленные поражением определенной области мозгового вещества.

При опухоли лобной доли мозга больные могут быть эйфоричны, дурашливы, нелепы в своих действиях и поступках. Так, например, больной может встать и помочиться у своей постели или среди палаты. При опухолях любой локализации, особенно же в височной доле мозга, наблюдаются эпилептические (симптоматические) припадки и в той или иной степени параличи.

§ 9. МИЕЛИТ

Миелит, или воспаление спинного мозга, чаще всего развивается в грудных сегментах и захватывает весь поперечник спинного мозга. Миелит характеризуется следующими симптомами: слабость спастического характера в ногах, т. е. параличи ног с резким повышением мышечного тонуса, гиперрефлексией и патологическими рефлексами; выпадение чувствительности, начиная с отдела туловища, соответствующего пораженному сегменту, и до самого низа; чувство опоясывания, т. е. невралгическая боль по корешкам пораженного сегмента; задержка мочи и кала и, наконец, ввиду отсутствия чувствительности и понижения трофики тканей резкая наклонность к образованию пролежней (рис. 25). Миелит развивается и в шейных отделах, и тогда возникает паралич всех четырех конечностей.

Он может локализоваться и в пояснично-крестцовых отделах, вследствие чего наступает паралич ног, но уже вялого типа; со стороны мочевого пузыря при этом чаще наблюдается не задержка мочи, а ее недержание. Вялый периферический паралич ног в таких случаях обусловливается тем, что поражаются клетки передних рогов пояснично-крестцового отдела спинного мозга, из которых

начинаются периферические двигательные нейроны нижних конечностей Недержание мочи возникает ввиду перерыва связей мочевого пузыря со спинным мозгом.

Миелит обычно развивается остро в результате какой-либо инфекции (вирусной и др.). Иногда его вызывает сифилитическая инфекция. При этом наряду с воспалительными явлениями в сосудах спинного мозга возни-

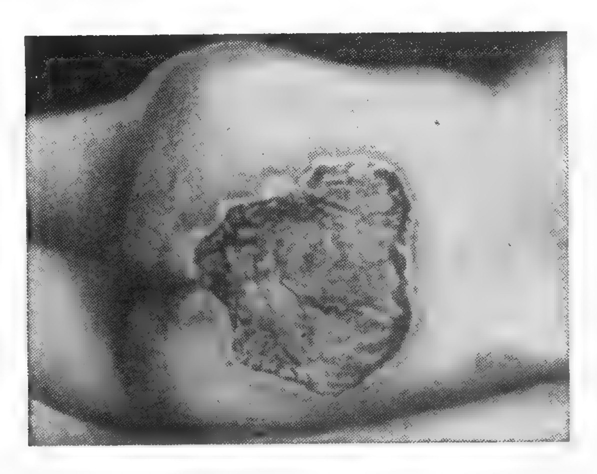


Рис. 25. Обширный и глубокий пролежень на крестце.

кает сифилитический эндартериит — воспаление внутренней стенки сосуда и ее утолщение, что ведет к сужению просвета сосуда. При полной закупорке сосуда наступает обескровливание ткани мозга и тем самым ее гибель (некроз).

Лечение и уход. В случаях сифилитического миелита применяют противосифилитическое (специфическое) лечение: внутримышечные (в толщу ягодицы) инъекции 2% раствора двуйодистой ртути по 1 мл ежедневно в течение 30 дней подряд и внутривенные вливания новарсенола. Показано назначение курса пенициллина по 200 000—300 000 ЕД 2 раза в день. На курс лечения до 6 000 000—10 000 000 ЕД с последующим лечением бийохинолом — внутримышечные инъекции по 2—3 мл через 2 дня, всего 12—15 инъекций на курс.

Постинфекционные миелиты лечат внутривенным вливанием 40% раствора уротропина и внутримышечными инъекциями пенициллина.

После того как стихнут острые явления, назначают лечебную физкультуру для уменьшения спастичности мышц и ванны для гигиены тела больного. Необходима профилактика пролежней. Особой опасности в этом отношении подвергаются те отделы тела, которые испытывают длительное давление, т. е. в местах, где кожа прилежит к кости, например крестец, соприкасающиеся внутренние поверхности коленных и голеностопных суставов, кожа над выступами гребешка тазовой кости, а при высоких поражениях спинного мозга и область лопаток. Нужно следить за тем, чтобы больной лежал на сухой, чистой простыне, чтобы на ней не было складок. Если больной лежит на спине, надо не менее 2 раз в день поворачивать его на 1—2 часа на бок; под крестец должен быть подложен резиновый круг, кожу следует протирать камфарным спиртом или обмывать комнатной температуры водой с мылом и насухо вытирать. Если, несмотря на все предупредительные меры, пролежни все же образуются и возникает отек ткани с последующей ее мацерацией и образованием гангренозных корок, необходим такой же уход, как за открытой раной. Ни в коем случае нельзя применять влажные компрессы, так как они провоцируют влажную гангрену. Показаны мазевые повязки, например с Ung. Zinci, сульфидиновой эмульсией, мазью Вишневского. С дезинфицирующей целью можно пользоваться присыпкой (Saloli 3,0; Amyli 50,0).

Хороший эффект дает облучение кварцем, наложение фибринной пленки.

Если ткань омертвела, ее удаляют, а образовавшуюся рану закрывают марлей, пропитанной 1% раствором марганцовокислого калия. Повязки меняют 2 раза в день, покрывая всякий раз вощаной бумагой.

Нужно помнить, что пролежни представляют серьезное осложнение, являясь открытыми воротами для проникновения инфекции в организм. Они могут привести к общему сепсису и стать непосредственной причиной смерти больного. По частоте возникновения пролежней и их состоянию у больных неврологического стационара можно судить о качестве работы ухаживающего персонала.

Особенно часто при миелите (а иногда и при других спинальных заболеваниях) встречается расстройство функции тазовых органов. При недержании мочи у мужчин приходится пользоваться уткой, у женщин — резиновым подкладным судном. При задержке мочи, когда обычные меры, т. е. тепло на область мочевого пузыря, не помогают, приходится прибегать к катетеризации, которая должна выполняться с учетом всех правил асептики, так как иначе в мочевой пузырь можно занести инфекцию. В результате инфекции может развиться цистит, а затем пиелит и нефрит, и при явлениях уросепсиса (сепсис, распространяющийся из мочевых путей) больной может погибнуть. При повторных длительных катетеризациях время от времени нужно промывать мочевой пузырь 2% раствором борной кислоты, раствором марганцовокислого калия 1 : 200 или раствором азотнокислого серебра 0,1 : 200. Катетеризацию производят обычно 2 раза в сутки — утром и на ночь. Больной, утративший чувствительность, обычно не испытывает позывов на мочеиспускание и не жалуется на распирание стенок мочевого пузыря скопившейся мочой; поэтому обслуживающий персонал должен следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря у таких больных.

В тех случаях, когда миелитические явления развиваются очень медленно, возникает вопрос, нет ли в данном случае опухоли, которая растет внутри или вне спинного мозга и сдавливает все проходящие здесь проводники. Если в спинномозговой жидкости обнаруживаются застойные явления, то это укрепляет предположение о наличии опухоли и указывает на необходимость операции. На застойные явления указывает большое количество белка в спинномозговой жидкости при нормальном содержании лимфоцитов.

Картину постепенного сдавления спинного мозга может дать и поражение позвоночника (например, туберкулезный спондилит), которое нетрудно установить при помощи рентгеновского снимка.

Симптомы, в какой-то мере клинически подобные симптомам миелита, наблюдаются и при ранении спинного мозга, при кровоизлиянии в один из его сегментов, возникающем иногда в результате ушиба или ранения. Чаще всего это картина нижней параплегии с выпадением чувствительности и недержанием или задержкой мо-

чи. В случаях длительных расстройств функции мочевого пузыря, особенно при ранениях и травмах спинного мозга, рекомендуется накладывать надлобковый свищ, что предотвращает развитие цистита с его последствиями.

§ 10. ПОЛИОМИЕЛИТ

Полиомиелит — вирусное заболевание центральной нервной системы с преимущественным воспалением серого вещества спинного мозга (от греческого слова polios — серый). Обычно воспалением в большей мере охвачены передние рога серого вещества спинного мозга, причем на отдельных ограниченных участках.

Наблюдаются как отдельные случаи этого заболевания, так и эпидемии. Чаще всего заболевают дети в самом раннем возрасте (от нескольких месяцев до 4 лет), поэтому полиомиелит называют также детским параличом. Заболевание начинается лихорадочным состоянием, общим недомоганием, иногда рвотой и поносом, а в других случаях запорами. Температура поднимается до 39—40°, держится несколько часов и падает до нормы, иногда в ближайшие сутки поднимается вновь, но до менее высоких цифр. Во многих случаях в остром периоде наблюдается проливной пот, иногда ангина, бронхит, скарлатиноподобная сыпь. Отмечаются также мозговые симптомы: сильные головные боли, сонливость, изредка эпилептиформные судороги.

Острое лихорадочное состояние, характерное для первой, препаралитической, стадии заболевания, длится иногда всего лишь несколько часов, поэтому родители могут не заметить его, особенно если ребенок заболевает ночью. Оно может тянуться также несколько дней, и тогда легко бывает установить, что воспалительные изменения спинномозговой жидкости (увеличенный лимфоцитоз) отмечаются уже в начале заболевания. Во второй стадии заболевания, паралитической, у ребенка отмечаются значительные поражения в виде параличей чаще одной или двух, реже трех конечностей с болями в них, изредка и с нарушением чувствительности. Вызывается это разлитым воспалительным процессом, который ведет к поражению отдельных клеток переднего рога и к гибели отходящих от них корешков с последующей атрофией

снабжаемых ими мышечных волокон. Особенно тяжелы и опасны поражения продолговатого мозга с наступающим расстройством дыхания и сердечной деятельности (бульбарный паралич). Через несколько дней, если ребенок не погибает, бурные явления затихают и наступает третья стадия заболевания — восстановительная. Паралич некоторых групп мышц постепенно исчезает, других — остается стойким.

Клетка переднего рога, передний корешок, его волокна, идущие в составе того или иного периферического нерва, и мышечное волокно образуют одно целое — нервно-мышечный прибор. Достаточно погибнуть клетке или переднему корешку, чтобы вслед погибла и мышца.

Мышца теряет способность произвольно сокращаться и атрофируется. Так как строение кости и ее развитие связаны с работой мышцы, то понятно, что при атрофии мышц в детском возрасте отстает и развитие кости. Поэтому у перенесших полиомиелит отмечается укорочение плеча, бедра, предплечья или всей конечности, мышцы которой подверглись атрофии.

Проводимая в нашей стране профилактическая вакцинация (ослабленной живой вакциной) детей привела к тому, что острые случаи полиомиелита встречаются редко.

§ 11. БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ И СИРИНГОМИЕЛИЯ

Боковой амиотрофический склероз развивается медленно и заключается в постепенном и нарастающем разрушении центрального и периферического двигательных нейронов.

Название этого заболевания отражает место (локализацию) поражения и вызываемые им двигательные и трофические расстройства. Прерывается пирамидный путь, заложенный в боковом столбе спинного мозга, — отсюда название «боковой». Погибают клетки передних рогов с отходящими от них корешками, в результате чего атрофируются мышцы, — отсюда название «амиотрофический» (от греческого слова mys — мышца). Гибель клеток переднего рога и пирамидных волокон сопровождается замещением их глиозной и соединительной тканью, т. е. происходит склерозирование. Чаще всего этот

процесс начинается в нижних шейных отделах спинного мозга, вследствие чего в характерных случаях клиническая картина слагается из атрофического пареза или паралича верхних конечностей и спастического пареза ног. Шейно-грудной отдел (VIII шейный и I грудной сегмент) связан с мышцами кисти, и поэтому особенно рано развиваются атрофические явления в кистях: больной часто обращается к врачу уже с развившейся «когтистой кистью».

Серьезным осложнением этого заболевания является гибель ядер двигательных черепномозговых нервов. При гибели ядер IX, X, XII нервов возникает картина бульбарного паралича. Пища попадает в нос, в гортань, речь становится гнусавой, дизартричной или совсем невозможна.

Больной с подобного рода расстройствами нуждается в особом уходе. Из-за слабости рук он обычно не может держать ложку. Его приходится кормить в сидячем положении, не спеша, причем во время еды не следует разрешать больному говорить; после нескольких глотков надо прерывать кормление для отдыха мышц, осуществляющих акт глотания.

Больные амиотрофическим склерозом живут недолго — в пределах 3 лет. Смерть наступает обычно от последствий бульбарного паралича.

Природа амиотрофического бокового склероза до настоящего времени окончательно не установлена, но в последние годы высказывается предположение об его вирусной этиологии. При этом заболевании поражается лишь двигательная система, никаких расстройств чувствительности не бывает.

Рациональных методов лечения этого заболевания не существует.

В противоположность клинической картине описанного заболевания наблюдается и другое заболевание спинного мозга, при котором, наоборот, основным является расстройство чувствительности, оно длится десятки лет и долго не выводит больного из строя. Название этого заболевания сирингомиелия (от греческих слов syrinx — дудка, свирель и myelon — спинной мозг), так как в спинном мозгу образуются полости за счет распада глиозных разрастаний эпителия его центрального канала. Расширяясь, центральный канал разрушает

проводники болевой и температурной чувствительности, которые перекрещиваются впереди центрального канала спинного мозга, переходя на противоположную сторону в этом же сегменте спинного мозга.

Полость, распространяющаяся в передние рога, чаще всего образуется в нижних шейных и грудных отделах.

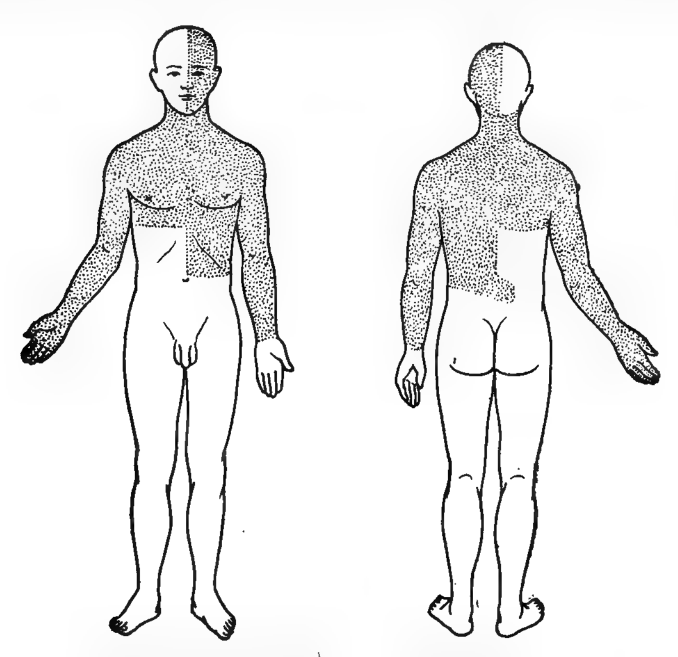


Рис. 26. Расстройство болевой и температурной чувствительности на лице и по типу «куртки».

При этом наблюдается атрофия на руках, выпадение болевой и температурной чувствительности по типу «куртки» или «полукуртки» (рис. 26).

Больной не ощущает уколов и прикосновения горячего на руках, груди и спине с одной или с обеих сторон.

Расстройство болевой и температурной чувствительности при сирингомиелии часто бывает выражено настолько сильно, что больной может причинить себе тяжелые ожоги и ранения, не ощущая их; вследствие понижения трофики кожи эти поражения заживают крайне

медленно. Это нужно иметь в виду, ухаживая за больным (при проведении электропроцедур, при применении грелок, ванн).

Иногда у больного отмечается массивное утолщение кистей. Это связывают с поражением вегетативных клеток в сером веществе спинного мозга при условии сохранности клеток передних рогов. Поражением этих же вегетативных клеток обусловливаются и трофические изменения суставов.

Иногда наблюдается увеличение полости вверх до ядер черепномозговых нервов, и тогда развивается картина сирингобульбии.

В этих случаях бульбарный паралич почти никогда не грозит жизни больного, как это бывает при боковом амиотрофическом склерозе.

Лечение хирургическое (вскрытие полости), чаще рентгенотерапия.

§ 12. ИШИАС И ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ РАДИКУЛИТ

Одним из наиболее частых заболеваний нервной системы является невралгия седалищного нерва, или ишиас.

Седалищный нерв является самым длинным нервом, образующимся из наиболее легко травмируемых нижних поясничных и верхних крестцовых корешков спинного мозга (рис. 27). Вызывают поражение седалищного нерва воспалительные заболевания и деформации позвонков (спондилартриты и спондилозы), через межпозвоночные отверстия которых проходят корешки седалищного нерва; заболевание крестцово-подвздошного или тазобедренного сустава; заболевание органов малого таза, по задней стенке которого проходят пояснично-крестцовое сплетение и седалищный нерв; различные инфекции и интоксикации, при которых фактор ознобления и простуды может играть большую роль.

В случаях крайне острого возникновения поясничной боли, когда, согнувшись при каком-либо физическом напряжении, больной не может разогнуться, обычно имеет место ущемление между позвонками грыжевидного выпячивания межпозвонкового хряща (так называемый дисцит). В этих случаях иногда ставят диагноз про-

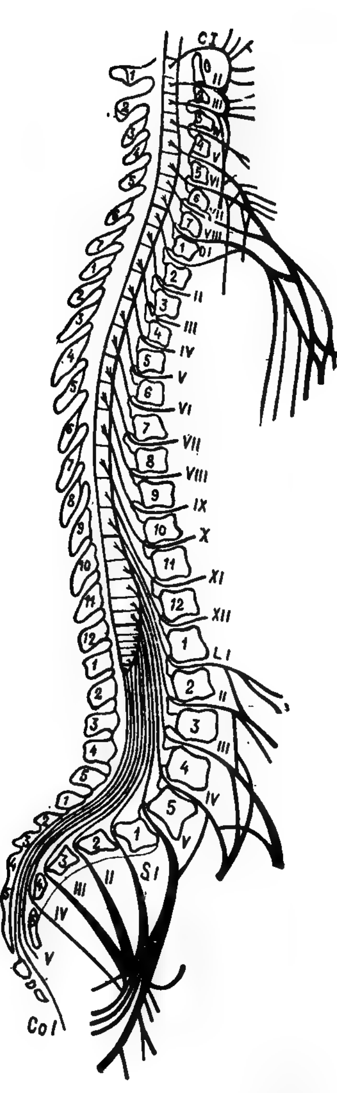


Рис. 27. 31 сегмент спинного мозга, конский хвост, плечевое и пояснично-крестцовое сплетение нервов. Арабскими цифрами обозначены позвонки, римскими—соответствующие им корешки спинномозговых сегментов.

стрела (люмбаго), хотя под «прострелом» нужно понимать поясничную боль, обусловленную растяжением длинных мышц спины и межсуставных сухожилий. Люмбаго, как правило, быстро излечивается. При дисцитах же иногда приходится прибегать к хирургической помощи.

Невралгия седалищного нерва, обусловленная раздражением поясничных и крестцовых корешков спинного мозга, сопровождается болями в пояснично-крестцовой области. Поэтому мы говорим в этом случае о люмбоишиальгии, или пояснично-крестцовом радикулите (radicula—корешок).

Больной обычно жалуется на боли, имеющие постоянный характер, возникающие иногда приступообразно и распространяющиеся по задней поверхности ягодицы, бедра и по наружной или задней поверхности голени. Часто боли начинаются в поясничной области позвоночника. Боли могут быть настолько резкими, что вынуждают больного лечь в постель. Обычно боли усиливаются при малейшем сотрясении, кашле, чиханье, при каждом неловком движении конечностью. Особенно же резки они при надавливании на нерв — по

средней линии между большим вертелом бедра и седалищным бугром, в подколенной впадине и у наружного мыщелка. Зная по опыту, что напряжение мышц усиливает боль, больной садится на твердый стул только здоровой ягодицей, расслабляя при этом мышцы и нерв больной ноги.

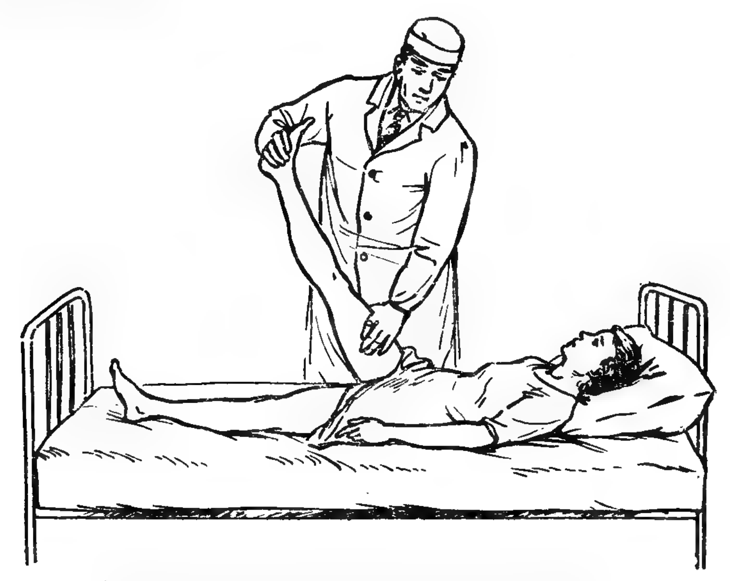


Рис. 28. Симптом Ласега (метод исследования).

Большое диагностическое значение имеет симптом натяжения нерва, или симптом Ласега. Заключается он в следующем. Больного укладывают на спину, вытянутую больную ногу поднимают вверх за стопу. При этом седалищный нерв натягивается и возникает сильная боль по длиннику нерва, которая не дает разгибать ногу. При сгибании же ноги в колене боль прекращается, так как расслабляется натянутый ранее нерв (рис. 28).

При невралгиях седалищного нерва иногда наблюдается противоболевое защитное искривление позвоночника в сторону (сколиоз) больной или здоровой ноги.

Лечение. Средством, облегчающим боль, как и при всякой невралгии, является тепло: бутылки с горячей водой, обернутые в полотенце, или грелка, мешочки с нагретым песком, сменяемые по мере охлаждения. Ме-

шочки нужно наполнять песком нетуго, чтобы они плотно облегали ногу. Хорошие результаты дают тепловые укутывания, применяемые 1—2 раза в сутки. Можно испробовать мушку или горчичник. Ставить их нужно на область поясницы, если боли начинаются высоко, или на бедро под ягодичной складкой, если болезненность ощущается ниже этой складки. Применяют в этих случаях и банки, которые можно ставить на поясницу и по ходу седалищного нерва на бедре и голени. Хорошо действует прогревание синим светом, однако значительно эффективнее гальванизация или гальваноионизация антипирином или новокаином, а также облучение ртутно-кварцевой лампой и диатермия. В острых случаях хорошие результаты дает вливание физиологического раствора под оболочку нервного ствола или внутрикожное введение по задней поверхности ноги 0,25% раствора новокаина. При затяжных и повторных невралгиях седалищного нерва показаны грязевые и сероводородные ванны (лучше в условиях курорта).

Пояснично-крестцовый радикулит длится в среднем от 2 до 8 недель. Боли, наблюдающиеся многие месяцы, часто являются симптомом какого-либо другого, иногда очень тяжелого заболевания — опухоли спинного мозга или позвоночника, воспаления мозговых оболочек области конского хвоста, воспалительных процессов в области малого таза, бруцеллеза. В этих случаях в картине болезни наблюдаются явления неврита.

Невралгия выражается лишь в болях, идущих по ходу нерва, и не дает явно выраженных симптомов выпадения его функции. При неврите же отмечаются не только боли, но и симптомы выпадения, а боль является лишь одним из многочисленных симптомов клинической картины. Симптомами поражения седалищного нерва будут являться выпадение ахиллова рефлекса, похудание мышц бедра и голени, ограничение движения стопы, снижение чувствительности по наружному краю голени и стопы.

Неврит седалищного нерва, а чаще его ветви — малоберцового нерва (n. peronaeus), иннервирующего разгибательные мышцы стопы, дает картину «свисающей» стопы. При ходьбе больной цепляется носком за землю. Больные прибегают к защитному приему и при каждом шаге сильно приподнимают стопу над землей, а для это-

го им приходится чрезмерно сгибать ногу в коленном и тазобедренном суставах. Походка становится своеобразной: больной, идя по ровному месту, как бы поднимается по лестнице. Больной не может пройти на пятках. Чувствительность по наружному краю тыла стопы при заболевании этого нерва понижается или исчезает.

Боль может ощущаться по ходу любого нерва при его воспалении. Это обусловливается тем, что в нем имеются чувствительные нервные волокна. При неврите любого двигательного нерва (лицевого, срединного, лучевого, локтевого, бедренного) наблюдаются паралич и атрофия соответствующих мышц. Может быть одновременное выпадение многих нервов — полиневрит с параличом рук и ног и расстройствами болевой чувствительности в области кистей и стоп.

ПСИХИАТРИЯ

§ 13. ПСИХОЗЫ В СВЯЗИ С ИНТОКСИКАЦИЯМИ И ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Инфекционные и интоксикационные психозы развиваются в связи с острыми или длительными, тяжелыми инфекционными процессами и отравлениями центральной нервной системы токсинами. По прекращении явлений тяжелой инфекции или интоксикации симптомы психоза в огромном большинстве случаев исчезают и наступает выздоровление.

Из острых инфекций, чаще дающих острые психозы, необходимо отметить брюшной и сыпной тифы, острые стрептококковые заболевания (острый ревматизм, рожистые заболевания кожи), крупозную пневмонию, малярию, токсический грипп.

Из интоксикаций наибольшее значение имеют отравления алкоголем, пищевыми, промышленными и лекарственными ядами, а также истощающие неинфекционные хронические заболевания внутренних органов — рак, длительные заболевания почек, сердца, печени, желудочно-кишечного тракта.

Психозы при острых инфекциях и интоксикациях нередко встречаются в соматических больницах, о чем необходимо помнить обслуживающему персоналу, который должен тщательно следить не только за состоянием внутренних органов таких больных, но и за всяким изменением настроения, поведения больного и немедленно ставить об этом в известность врача. Таких больных редко переводят из инфекционной в психиатрическую больницу. Во-первых, это небезопасно в смысле распространения инфекции, а во-вторых, нецелесообразно, так как эти

психозы обычно длятся несколько дней и заканчиваются выздоровлением. Следовательно, уход, лечение и наблюдение должны быть обеспечены персоналом того отделения, где находится этот больной.

Астеническое состояние. Наиболее частой формой расстройства психической деятельности при многих соматических заболеваниях является астеническое состояние. Оно может иметь место как после тяжелых длительных инфекционных заболеваний, так и после менее длительных, протекающих без внешне тяжелых симптомов болезней. Так, например, при гриппе, протекающем даже без особо выраженных симптомов, без высокого подъема температуры, после периода сравнительно кратковременного катарального состояния верхних дыхательных путей нередко развивается астения: общая слабость, повышенная физическая и психическая истощаемость, расстройство внимания. Такой больной, разговаривая с врачом, быстро устает, переспрашивает, с трудом подбирает необходимые слова. Настроение обычно пониженное с оттенком тревожности. Сон поверхностный, непродолжительный.

При соматических заболеваниях, особенно при заболеваниях сердца, кроме того, может наблюдаться тревога, страх, ипохондрическое состояние.

Основным симптомом острого инфекционного психоза является изменение сознания в форме оглушенности, когда больной находится как бы в забытьи и не дает ответной реакции, не реагирует на обычный раздражитель, на оклик врача. Только резким раздражителем (настойчиво растормошить, громко окликнуть) можно на некоторое время вывести больного из этого состояния, о котором у него не сохраняется воспоминаний (амнезия).

Инфекционный делирий. Сравнительно часто на высоте тяжелого инфекционного заболевания, в начале или в конце его развивается картина инфекционного делирия. У больного наступает помрачение сознания, он не ориентируется в окружающей обстановке, испытывает наплыв массовых иллюзий, устрашающих галлюцинаций, чаще зрительных, тактильных, реже слуховых. Наряду с галлюцинациями больной полон бредовых переживаний. Больной порывается бежать, спасается от мнимой опасности. В таком состоянии измененного сознания,

наплыва галлюцинаций и бредового толкования окружающего больные опасны, могут выброситься из окна, убежать из больницы, наброситься на близстоящих.

Длительность инфекционного делирия определяется несколькими днями, и обычно одновременно с падением температуры сознание проясняется и поведение становится относительно правильным, постепенно появляется полная критическая оценка пережитого.

Несколько подробнее остановимся на описании психических изменений, наблюдаемых у женщин в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом, с которыми могут встретиться в своей практической деятельности акушерки.

Психоз беременных и рожениц. В период беременности могут наблюдаться страхи, влечения. Например, непреодолимая потребность брать незаметно чужие вещи (клептомания), причем в отличие от обычного воровства берутся предметы, вещи, не представляющие никакой материальной ценности, и, как правило, с извинением или также незаметно через какой-то срок возвращаются. По прекращении периода беременности клептомания исчезает.

Обычно такие больные не нуждаются в длительном наблюдении психиатра.

Наибольшее практическое значение имеет развитие в период беременности так называемых контрастных навязчивостей, например стремление убить кого-либо из близких, самое себя или ожидаемого ребенка. Больные женщины с такой навязчивостью должны находиться под наблюдением психиатра. Иногда требуется стационарное наблюдение, в период которого проводятся врачом психотерапевтические беседы с больной; из лекарств назначается бром с кофеином.

Rp. Sol. Natrii bromati 1,0 : 200,0
Coffeini natrio-benzoici 1,0
DS. По 1 столовой ложке 1—3 раза в день

В случае нарастания психических нарушений требуется повторная консультация психиатра для решения вопроса о возможности назначения более серьезных средств лечения, в частности аминазина.

В период родов и вскоре после родов (2—10-й день) могут развиться психические изменения различной выра-

женности и длительности. При выраженных психозах типа аменции, при которых наблюдаются глубокая степень спутанности сознания с резко выраженной дезориентировкой больного в окружающем и в своей личности, двигательное возбуждение, отрывочные галлюцинации в сочетании с соматическими нарушениями (высокая температура, учащение пульса), всегда требуется перевод в психиатрическую больницу, где обеспечивается необходимое квалифицированное лечение. Такие острые послеродовые психозы связаны с послеродовой инфекцией и имеют тенденцию к затяжному течению в пределах нескольких месяцев. Терапевтические меры направлены прежде всего на дезинтоксикацию организма. В первые же часы после родов у рожениц могут наблюдаться психогенные реакции, связанные как с состоянием послеродовой астении, так и с преувеличенным опасением матери за благополучие и жизнь новорожденного. Такие реакции относительно чаще наблюдаются у первородящих.

В тех случаях, когда будущая мать, страстно желающая иметь ребенка, стойко переносит тяжелый период беременности, затяжные и даже осложненные роды, у нее на фоне астении может возникнуть тревога, опасение по многочисленным поводам: родился ли ребенок здоровым, не урод ли он, принесут ли его вовремя кормить, не перепутают ли ребенка, возьмет ли он грудь, появится ли молоко, хватит ли молока и т. п. Подобные реакции чаще всего возникают у лиц с тревожно-мнительным характером. Теплое, ласковое, успокаивающее слово, бодрящий тон, терпение — вот что является целебно действующим для такой астенизированной родами матери. Об этом должна помнить каждая акушерка.

Лечение. Лечение психозов, возникших после острых инфекций и интоксикаций, сводится к применению средств, уменьшающих интоксикацию и поддерживающих сердечную деятельность (вливание глюкозы, сернокислой магнезии, физиологического раствора). В случаях возбуждения надо сделать клизму из 3% раствора хлоралгидрата (100 мл) или ввести 10% раствор гексенала внутривенно (5—8 мл) или внутримышечно (10 мл). При отсутствии противопоказаний, которые устанавливаются только врачом, рекомендуется для купирования острого психомоторного возбуждения аминазин.

Алкоголизм и наркомания. Особую группу составляют интоксикационные психические расстройства, развивающиеся при злоупотреблении различными опьяняющими напитками и наркотическими веществами. Патологические, непреодолимые влечения к наркотикам называются наркоманиями.

Необходимо помнить, что даже однократное употребление алкоголя, несмотря на внешнее оживление движений, ускорение течения мыслей и повышение настроения, приводит к снижению работоспособности, затруднению восприятия, понижению внимания, ошибкам в счете. Иногда опьяневший становится злобным, раздражительным, придирчивым. Появляются легкость, поверхностность суждений, снижение критики, двигательные расстройства в виде нарушения статики и координации движений. Опьянение сопровождается учащением пульса, усилением потливости, приливом крови к поверхности кожи, что обусловливает чрезвычайную легкость охлаждения организма, находящегося в состоянии алкогольной интоксикации.

Глубокое опьянение нередко заканчивается наркотическим сном, из которого вывести опьяневшего обычным способом (окликнуть, растормошить) не удается. Таким образом, даже незначительное опьянение есть острое, хотя и быстро проходящее состояние нарушения психической деятельности.

Систематическое употребление алкоголя может привести к хроническому алкоголизму. При этом у алкоголиков наряду с соматическими изменениями отмечаются нарушения и со стороны психики. Возникают хронические воспалительные процессы в желудке, печени, наблюдается половая слабость, затем общее преждевременное постарение организма. У алкоголика снижается критика, появляется развязность, разболтанность, стремление к грубому, часто циничному юмору. Алкоголик, нисколько не смущаясь, даже несколько с оттенком самохвальства может рассказывать об огромных количествах выпитого вина. Моральные качества личности также грубеют, критическое отношение к своим поступкам снижается, исчезает стремление воздерживаться от употребления вина. Алкоголик способен к краже вещей у жены и детей для приобретения спиртных напитков. Быстро снижается работоспособность; без того, чтобы не выпить

несколько рюмок вина утром перед работой и даже среди рабочего дня, алкоголики не могут работать, так как прекращение приема алкоголя вызывает состояние резкой слабости, тревоги, беспокойства, тоски. Нередко появляются желудочно-кишечные расстройства, сердечная слабость. Это состояние называется состоянием похмелья и требует назначения тонизирующих средств (кофеин, камфара, бромистые препараты). У алкоголика неизбежно нарастают конфликты в семье, в быту, на работе. Исход хронического отравления алкоголем зависит от количества и длительности пьянства и от влияния добавочных вредностей (травма головы, инфекция). Алкоголики часто погибают от соматических заболеваний (пневмонии, гриппа и т. п.), которым не может сопротивляться их ослабленный организм.

Особую форму хронического алкоголизма представляет периодическое запойное пьянство, так называемая дипсомания, когда периоду запоя предшествует состояние тоски, подавленного настроения. В промежутках между запоем больной не пьет. Такое пьянство чаще всего наблюдается у психопатов.

Лечение. Хронический алкоголизм требует лечения. Огромное значение имеет активное желание больного бросить пить, и в таких случаях очень важно благоприятное воздействие коллектива, общественных организаций, уход из обстановки, способствующей тяготению к вину. Целесообразно проводить лечение в условиях закрытого психиатрического учреждения. Показаны инъекции стрихнина, малых доз инсулина (по 4—10 единиц). В ряде случаев хороший результат дает гипноз.

Наиболее широкое распространение получил метод, основанный на выработке условного рефлекса. В основу положен условнорефлекторный способ — лечение апоморфином. Принцип лечения состоит в возможности выработки условнорефлекторной рвоты при сочетании безусловного раздражителя — апоморфина с условным — водкой.

Лечение апоморфином заключается в следующем. Больному после введения под кожу 0,5 мл 0,5% раствора Sol. Apomorphini hydrochlorici дают нюхать водку и внушают ему, что алкоголь будет вызывать у него тошноту и рвоту, что он не сможет употреблять спиртных напитков. Через 5—10 минут, когда уже должна насту-

пить рвота от введения апоморфина, больному дают выпить рюмку водки и повторяют внушение о том, что должна появиться рвота. Действительно, появляется тошнота и рвота. Такое лечение повторяется ежедневно или через день в течение от 10 до 30 дней, в зависимости от того, как быстро наступают результаты, связанные с образованием стойкого рвотного рефлекса на прием водки. Этот вид лечения проводится при активном участии среднего медицинского персонала.

Для лечения больных хроническим алкоголизмом успешно применяется и препарат антабус (синтетическое средство — тетраэтилтиурамдисульфид).

Антабус используется в сочетании с психотерапией для выработки условной отрицательной реакции на алкоголь. Лечение антабусом эффективно, но для предотвращения возможных осложнений требует тщательно обученного среднего медицинского персонала. Курс лечения, проводимый в условиях стационара, начинается с приема внутрь 0,5 г антабуса утром и вечером с последующим постепенным уменьшением дозы до 0,15 г в сутки. Через 2—3 дня больному днем дают 15—30 мл водки. Как правило, спустя 10—15 минут у больного появляются сосудисто-вегетативные нарушения в виде резкой гиперемии (покраснение лица, верхней части туловища), ощущение жара, затруднение дыхания, сердцебиение и чувство выраженного страха. При обследовании больного пульс значительно учащается, наполнение пульса, как правило, ослабевает, артериальное давление резко падает. Это состояние, вызванное накоплением в крови продуктов неполного сгорания алкоголя (ацетальдегида) в связи с приемом антабуса, субъективно тяжело переживается больным и продолжается иногда в течение часа и более. Повторение подобных проб, называемых в психиатрии «провокациями», помогает закреплению условного рефлекса отвращения к приему алкоголя.

Медицинские сестры должны помнить, что описанные сосудисто-вегетативные реакции, наступающие остро, могут закончиться серьезными нарушениями кровообращения, требующими срочных мер для спасения жизни больного. Вот почему на обязанности медицинской сестры или фельдшера лежит задача подготовить все необходимые лекарственные средства для быстрого купирования опасных симптомов осложнения. Среди этих

средств должен быть кофеин, камфара, эфедрин, лобелин. Во время проведения указанного лечения медицинская сестра неотлучно находится с больным до специального указания врача о возможности оставить больного одного. Медицинский персонал должен уметь вовремя начать искусственное дыхание в случае падения сердечной деятельности и нарушения дыхания. Эта процедура проводится по указанию врача.

После «провокации» больные требуют строгого постельного режима в течение нескольких часов в связи с возможностью появления отдаленных осложнений. Средний и младший персонал должен обеспечить наблюдение за поведением и состоянием больного в палате.

Медицинская сестра или фельдшер, дежурящие на сельском медицинском пункте, должны хорошо знать клинику антабусно-алкогольных реакций у лиц, выписавшихся из больницы после стационарного лечения антабусом и начавших употреблять алкоголь.

Порошок и таблетки антабуса должны храниться в лекарственном шкафу по списку Б, в защищенном от света месте.

К концу лечения тошнота и рвота наступают уже при одном виде, запахе водки, и больные перестают пить. Такое лечение в значительном количестве случаев дает хорошие результаты.

При хроническом алкоголизме могут наблюдаться острые психозы — белая горячка и алкогольный галлюциноз.

Белая горячка (delirium tremens — дрожательный делирий) — острый психоз, развивающийся после длительного злоупотребления алкоголем. Картина белой горячки может развиться после присоединившегося к хроническому алкоголизму какого-нибудь острого соматического заболевания, например пневмонии, гриппа и т. д.; даже незначительное хирургическое вмешательство под местной анестезией или общим наркозом также способствует возникновению острого белогорячечного психоза. Вот почему больные с белой горячкой чаще встречаются в соматической больнице, и за ними необходимо особенно серьезное наблюдение со стороны персонала, так как они опасны для себя и окружающих.

Первыми предвестниками белой горячки обычно бывают ухудшение самочувствия, повышенная потливость,

бессонница, устрашающие кошмарные сновидения, появление какого-то беспокойства и страха с приближением ночи. Уже наличие этих симптомов требует усиленного наблюдения над больным и вызова психиатра. В выраженной форме белая горячка характеризуется помраченным сознанием, дезориентировкой в месте и времени, в окружающей действительности. У больного наблюдаются



Рис. 29. Белая горячка. Больной ловит «движущихся зверьков».

массовые зрительные, реже слуховые галлюцинации, преимущественно устрашающего характера (рис. 29). Он видит крыс, мышей, каких-то чудовищ, которые набрасываются на него. Иногда он слышит угрозы или приказания по своему адресу, испытывает страх, высказывает бред преследования, воздействия. Спасаясь от страшных видений, больные могут набрасываться на окружающих, пытаться выброситься в окно и даже покончить жизнь самоубийством. Состояние страха и беспокойства возрастает к ночи в связи с усилением иллюзий и галлюцинаций.

Больному, находящемуся в состоянии белой горячки, очень легко внушить галлюцинации. Так, если ему дать чистый лист бумаги и внушать, что он на нем что-то видит, то больной начинает рассказывать о галлюцинаторных образах.

При белой горячке наблюдается резко выраженное дрожание (тремор) пальцев рук, языка, век и всего тела, почему психоз и называется delirium tremens. т. е. дрожательный делирий. Лицо гиперемировано, губы синюшны, пульс учащен и ослаблен, тоны сердца глухие; отмечается резкая потливость, повышение сухожильных рефлексов, ослабление реакции зрачков на свет. Температура нередко бывает повышена. В большинстве случаев через 3—7 дней вслед за периодом глубокого сна наступает выздоровление. Если не следить за состоянием сердца, то в некоторых случаях непрерывное беспокойство может закончиться смертью при явлениях сердечной слабости. В развитии белой горячки ведущая роль принадлежит расстройству деятельности печени, которая под влиянием длительного злоупотребления алкоголем перестает справляться с обезвреживанием промежуточных ядовитых продуктов обмена.

Лечение. Необходимо помнить, что появление бессонницы и беспокойства с наступлением ночи у соматического больного, в анамнезе которого имеется хроническое злоупотребление алкоголем, требует непременного внимания персонала. При развитии белогорячечного психоза требуется отдельный медицинский пост для индивидуального ухода и надзора за больным. Делирий, длящийся обычно 3—5 дней, заканчивается сном, являющимся благоприятным признаком наступающего выздоровления. Хорошо действуют все средства, способствующие сну. Однако следует помнить, что исчезновение психоза в дневные часы первых 2 суток еще не означает выздоровления. Нередко к ночи делириозное состояние возобновляется. Для прекращения делирия применяется смесь Е. А. Попова:

Rp. Luminali 0,4
Spiritus vini rect 70% (90%) 10,0
Ag. destillatae 100,0
MDS. На один прием. Приготавливать смесь непосредственно перед употреблением

Рекомендуется клизма из 6% раствора хлоралгидрата (50 мл) или хлоралгидрат внутрь, если больной в состоянии проглотить лекарство. Обязательно назначение сердечных средств для поддержания ослабленного сердца (адонилен по 15—20 капель 3 раза в день). В случае

падения сердечной деятельности обязательны инъекции камфары, кофеина и других быстродействующих средств. В настоящее время хорошим купирующим психомоторное возбуждение средством при белой горячке является аминазин, назначаемый или внутрь в виде драже по 0,025 г 1—3 таблетки, или внутримышечно в виде 2,5% раствора по 50—100 мл в зависимости от степени возбуждения.

Морфинизм — хроническое употребление алкалоида опия — морфина, в значительном большинстве случаев развивается у лиц после повторного применения морфина в качестве обезболивающего средства при соматическом заболевании. Вот почему необходимо крайне осторожно длительно назначать морфин, особенно лицам с неустойчивой психикой (психопатам). Морфин повышает настроение, вызывает эйфорию и временную бодрость, в результате чего у больных может появляться настойчивая потребность в повторном приеме этого препарата.

Рано развивающееся привыкание к морфину приводит к необходимости повышать дозы, и в тяжелых случаях морфинисты вводят сами себе огромные количества морфина — до нескольких граммов в сутки. Лица, привыкшие к постоянному употреблению морфина, не могут обходиться без него. Привыкание может наблюдаться и к другим наркотикам: пантопону, опию, дионину, кодеину, промедолу. После прекращения приема морфина и других наркотиков у больных развиваются тяжелые явления: общая слабость, головная боль, рвота, понос, сухой кашель, учащенный пульс, дыхание, одышка, падение кровяного давления, подавленность настроения с тревогой, страхами, бессонницей, как и при алкоголизме. Этот комплекс симптомов носит название абстиненции. В подобном состоянии морфинисты требуют инъекции наркотиков, прибегая к угрозам и другим способам, чтобы добыть их, например через родственников, посторонних посетителей и вплоть до кражи из аптечного шкафа.

Над больными в состоянии абстиненции необходимо тщательное наблюдение среднего медицинского персонала. Несмотря на категорические требования больных, фельдшер и медицинская сестра не должны вводить никаких лекарств без указания врача. В случае падения сердечной деятельности у больных, находящихся в состоянии абстиненции, необходимо немедленно вызывать

врача. Если это осуществить невозможно, фельдшер может сделать инъекцию кордиамина или камфары или других сердечных средств в общепринятой дозировке.

При хроническом отравлении морфином падает вес, снижается аппетит, отмечаются сухость кожи, слизистых оболочек, учащение пульса, отеки, повышение артериального давления, повышение сухожильных рефлексов, тремор пальцев рук. Морфинисты становятся безвольными, прибегают ко лжи, угрозам, у них часто снижается память. Обычно морфинисты сами себе вводят шприцем морфин без соблюдения правил асептики, в местах инъекций остаются следы абсцессов.

Диагноз морфинизма нетруден, особенно если при осмотре на теле у больного обнаруживаются множественные рубцы от нагноений.

Среди других видов наркомании следует выделить барбитуратовые наркомании, связанные со злоупотреблением препаратами барбитуровой кислоты: мединал, нембутал, амитал-натрий, веронал.

Следует подчеркнуть, что клиническая картина передозировки указанных препаратов очень напоминает состояние алкогольного опьянения: настроение становится эйфоричным, движения размашистыми, тонкая координация движений нарушена, речь дезартрична. При барбитуратовой наркомании нельзя давать больным какие-либо препараты барбитуровой кислоты.

§ 14. ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ (PARALYSIS PROGRESSIVA)

Прогрессивный паралич, особая форма нейросифилиса, представляет собой диффузный сифилитический менинго-энцефалит. В настоящее время в связи с резким уменьшением числа больных со свежим сифилисом сифилитические психозы встречаются редко.

Прогрессивный паралич характеризуется нарастающим слабоумием и крайним соматическим истощением больного. Однако первые признаки болезни могут выявляться очень незаметными, на первый взгляд обычными симптомами истощения нервной системы. От момента заражения сифилисом до выявления прогрессивного паралича проходит в среднем от 8 до 15 лет. Прогрессив-

ный паралич возникает не у всех заболевших сифилисом, а только у 3—5% из них, причем чаще он развивается у мужчин в возрасте от 35 до 50 лет. Развитию нейросифилиса способствует слабость нервной системы и наличие добавочных факторов, вызывающих эту слабость (травма, алкоголизм). Количество случаев заболевания прогрессивным параличом в нашей стране резко уменьшилось в связи со значительным снижением заболеваемости сифилисом и диспансеризацией заболевших.

Первый период — начальные симптомы болезни — выражается в общих неврастенических проявлениях (период предпаралитической неврастении). Появляется повышенная раздражительность, рассеянность, забывчивость, бессонница, понижение работоспособности, слезливость. Постепенно симптомы предпаралитической неврастении нарастают.

Одновременно наблюдаются симптомы, свидетельствующие об органическом поражении головного мозга, чего не бывает при обычной неврастении. При исследовании нервной системы обнаруживается анизокория, симптом Арджилл — Робертсона (отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной конвергенции), сглаженность носогубной складки, повышение, понижение или неравномерность сухожильных рефлексов. Важным и ранним неврологическим симптомом прогрессивного паралича является дизартрия, «спотыкание» на некоторых трудных для произнесения словах. Так, например, больной не может внятно, членораздельно произнести скороговорки: «Сыворотка из-под простокваши», «Сшит колпак, да не по-колпаковски, надо его переколпаковать», «На дворе трава, на траве дрова». Ранним симптомом также является расстройство письма: почерк становится неровным, больной пропускает буквы, слоги или их удваивает; так, например, вместо слова «распределить» пишет «распрепределить» или «рапрелить». Длительность первого периода невелика — примерно от нескольких недель до 2—3 месяцев.

Второй период, период полного развития симптомов и нарастающего слабоумия, наступает быстро. Больные при классической форме болезни высказывают нелепый бред величия, уверяют, что сильны, могущественны. В других случаях развивается депрессия в сочетании со сниженным интеллектом.

Третий период — период распада (маразм). Слабоумие достигает крайних степеней, больной произносит какие-то нечленораздельные звуки и остается неподвижным в постели вследствие полного паралича конечностей. Наблюдается непроизвольное выделение мочи и кала в результате паралича сфинктеров. Физическое истощение очень резкое. Очень нередко в этом периоде болезни наблюдаются эпилептиформные припадки, которые бывают причиной смерти. При прогрессивном параличе могут иметь место мозговые инсульты с последующими гемиплегиями, парезами, для которых в отличие от параличей при артериосклерозе характерна кратковременность, так как очаги поражения здесь незначительны.

Лечение. Отечественный психиатр А. С. Розенблюм в 1875 г. впервые предложил метод лечения прогрессивного паралича прививкой возвратного тифа. Впоследствии, основываясь на предложении Розенблюма, для лечения таких больных стали прививать малярию. Если малярия противопоказана (преклонный возраст, наличие слабости сердца), применяют 1% раствор очищенной серы—сульфазин в виде инъекций под кожу, что дает подъем температуры до 39—40°. В последние годы при прогрессивном параличе применяют пенициллин в комбинации с маляриотерапией. Вовремя начатое лечение прививкой малярии дает у большинства больных выздоровление или состояние длительной ремиссии.

§ 15. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Склероз сосудов мозга развивается обычно в возрасте от 50 до 60 лет, причем чаще у мужчин. Возникновению заболевания способствуют травмы головы, алкоголизм, инфекции, курение (никотиновая интоксикация).

Болезнь обычно развивается медленно и постепенно. Ранние симптомы артериосклероза мозга проявляются в виде повышенной утомляемости, бессонницы, повышенной раздражительности, тяжести в голове, шума в ушах. Одним из постоянных и ранних симптомов наступающего склероза мозговых сосудов является эмоциональная неустойчивость, называемая слабодушием, когда боль-

ные по незначительному поводу плачут и от слез легко переходят к благодушию. Довольно быстро к этим начальным симптомам присоединяется забывчивость: больной забывает имена знакомых и названия предметов, а также события, главным образом текущие и недавно прошедшие. Нарастающее ослабление памяти ведет к снижению работоспособности. Усиливается головная боль, появляется головокружение. Обычно больные сознают свое болезненное состояние и часто тяжело переживают снижение работоспособности. Развивается депрессивное состояние, нередко с мрачными мыслями о самоубийстве.

Необходимо помнить, что всякое снижение настроения у больного артериосклерозом должно заставить персонал насторожиться и усиленно наблюдать за ним. В начальных стадиях болезни соблюдение профилактического режима труда и отдыха, лечение препаратами йода значительно и надолго облегчают состояние больного.

Типично для сосудистых заболеваний, в том числе артериосклероза, «мерцание» симптомов, когда состояние колеблется на протяжении суток и даже часов и минут. В тяжелых случаях течения артериосклероза могут возникать мозговые инсульты со стойкими гемиплегиями, парезами, значительным снижением интеллекта (памяти, соображения, критики) и развитием стойкого слабоумия. Нередко при артериосклерозе появляются эпилептиформные припадки. В тяжелых случаях артериосклероза наблюдается ряд соматических расстройств: общее истощение, образование пролежней, ослабление деятельности сердца.

Лечение. В начальных стадиях болезни показан отдых, молочная, овощная диета, прекращение приема алкоголя и курения. Обязательны препараты йода (T-rae jodi) по 6—8 капель после еды в молоке 2 раза в день. Ионизация головы с йодом. Вливание глюкозы, углекислые ванны. При повышении артериального давления и опасности инсульта необходимо или кровопускание до 400 мл крови, или пиявки. При инсульте показаны абсолютный постельный режим, пиявки, лед на голову, солевые клизмы; в дальнейшем препараты йода, лечебная физкультура пораженных конечностей, физиотерапия.

§ 16. ПСИХОЗЫ ВОЗРАСТА ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ (ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ)

Под инволюцией следует понимать комплекс наблюдаемых возрастных изменений в организме. В период увядания могут развиваться психические изменения, чаще это наблюдается у женщин, но может быть и у мужчин. Принято различать психозы предстарческий (пресенильный, от греческого слова senium — старость), клинически проявляющиеся в виде депрессии или бреда (параноида), и старческий.

При инволюционной депрессии наблюдается подавленное, тоскливое настроение с выраженной тревогой. Больной перестает спать, становится тревожно-боязливым, постоянно думает, что ему грозит какая-то беда, появляется тревожное ожидание каких-то неприятностей, касающихся родных и близких. Без всяких поводов и достаточных оснований он приходит к заключению, что его близкие должны погибнуть, при этом он является виновником предстоящей катастрофы. Он начинает задумываться над своей прошлой жизнью, считая, что он виноват в том, что не так прожил жизнь, как следует. В выраженной форме этого заболевания наблюдается бред самообвинения. Больной, считая себя недостойным внимания и заботы, отказывается от ухода обслуживающего персонала, от лекарств и даже от приема пищи.

Поведение больного целиком определяется тревожным, подавленным настроением и мыслями о виновности. Такой больной почти все время находится в состоянии двигательного беспокойства, мечется по отделению, хватается за голову, глубоко и тревожно вздыхает. Лицо его выражает тревогу, ужас перед страшными неизбежными мучениями, которые его ожидают за совершенные «преступления». Больной с пресенильной депрессией полон упорных мыслей о самоубийстве, неоднократно пытается покончить с собой и поэтому требует неотлучного, постоянного надзора среднего и младшего персонала. Такой больной может скрывать свои мысли о смерти и совершить попытку к самоубийству при первом же ослаблении наблюдения за ним.

При отказе больного от пищи медицинский персонал должен проявлять много настойчивости и терпения, чтобы накормить его. Если это не удается, приходится при-

бегать к искусственному кормлению через зонд (см. главу «Уход за психически больным»).

Пресенильный параноид. При пониженном настроении и тревожности у больных наблюдается бред ревности и преследования.

Описанные психозы длятся от нескольких месяцев до 3—4 лет и в ряде случаев заканчиваются выздоровлением. В тех случаях, когда пресенильный психоз осложняется церебральным артериосклерозом, остается снижение психики, и выздоровление затягивается. При бурно развившемся пресенильном психозе в состоянии с резко выраженными соматическими расстройствами заболевание может привести к смерти.

Лечение. Больных с пресенильной депрессией и бредом помещают в психиатрическую больницу для лечения и устанавливают усиленный надзор за ними. Необходимо особенно тщательно следить за их физическим состоянием, добиваться систематического достаточного приема пищи, регулярной деятельности кишечника. Показаны эндокринные препараты: фолликулин, синэстрол. При возбуждении, усилении тревоги рекомендуются теплые ванны, на ночь снотворные. За последние годы с успехом применяются антидепрессивные препараты: мелипромин, имизин от 25 до 100—200 мг в сутки внутрь в комбинации с аминазином (особенно при параноидной форме пресенильного психоза).

При старческом (сенильном) психозе (в возрасте 60—70 лет) речь идет о быстро нарастающем диффузном атрофическом процессе вещества мозга, который приводит к слабоумию. Сенильный психоз встречается сравнительно редко (0,2—0,3%). У таких больных прежде всего нарушается память; больные становятся рассеянными, забывчивыми, не удерживают свежеприобретенных сведений, забывают даты, имена, названия предметов. Снижение памяти постепенно распространяется на все более отдаленные события; больные перестают узнавать знакомых и даже родных. Наступает дезориентировка во времени, месте. Пробелы памяти заполняются вымыслами, фантазиями (конфабуляциями). Критика своего состояния отсутствует, развивается глубокое слабоумие. В поведении появляются нелепости: больные суетливы, собирают хлам, объедки, мусор. Изменяется и их эмоциональная деятельность. Высшие тонкие эмоции, связанные с

корковой деятельностью, утрачиваются. Больные становятся бестактными, распущенными, становятся эгоистичными, эмоционально тупыми, равнодушными. Часто высказывают бредовые идеи ограбления (их все «обворовывают») или ипохондрического характера («внутренности сгнили», «нет ни желудка, ни кишечника»).

Параллельно нарастанию слабоумия нарастает и физическое одряхление: сухость кожи, общее похудание, ломкость костей. Больные обычно погибают от присоединившейся инфекции, чаще всего бронхопневмонии.

§ 17. ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения — наиболее часто встречающееся психическое заболевание, развивается обычно в возрасте от 17 до 35 лет. Термин «шизофрения» был введен Э. Блейлером и до настоящего времени можно встретить название «болезнь Блейлера». Клиническое проявление шизофрении разнообразно по форме патологических симптомов и по характеру течения.

Различают четыре основные клинические формы шизофрении: кататоническую, гебефреническую, простую и галлюцинаторно-параноидную.

а) **Кататоническая форма.** Эта форма шизофрении проявляется двумя основными синдромами — кататонический ступор и кататоническое возбуждение.

При кататоническом ступоре больной находится в состоянии неподвижности, иногда застывает в крайне причудливых, неудобных позах, например с согнутыми руками и ногами, с прижатым к груди подбородком, с приподнятой над подушкой головой (каталепсия) (рис. 30). Однако такое состояние не мешает больным хорошо понимать, что им говорят, сознавать свое болезненное положение, иногда очень правильно и тонко оценивать окружающую обстановку. Это выясняется из беседы с больными по выходе их из состояния ступора. Один из часто наблюдаемых симптомов при кататонической шизофрении—это негативизм; проявляется он в том, что больной все делает как бы наоборот. Так, когда больного просят показать язык, он судорожно сжимает челюсти, вместо того чтобы подать руку, отдергивает ее, при предложении войти в кабинет упирается, а введен-

ный в кабинет насильно, на просьбу уйти оказывает сопротивление. Больной отворачивается от еды, а при попытке накормить его из рук с такой силой сжимает челюсти, что ввести ложку бывает невозможно. Если же оставить пищу возле больного и уйти, он часто самостоятельно съедает ее. Похожее состояние негативизма



Рис. 30. Каталептоидное состояние больного с кататонической формой шизофрении.

удалось получить в экспериментальных условиях у собак, находящихся в состоянии гипноза. Такие собаки отворачивались от подаваемой пищи, но стоило только кормушку с пищей убрать, как собака начинала тянуться к убранной пище. Когда гипнотическое состояние рассеивалось, собака жадно поедала отвергаемую ранее пищу.

В клинической картине кататонической формы шизофрении можно наблюдать эхолалию, эхопраксию и стереотипное двигательное возбуждение.

Рассмотренные нами симптомы кататонической формы шизофрении — ступор с каталепсией и оцепенением всей мускулатуры тела, мутизм, негативизм, эхолалия, эхокинезия, стереотипия — могут встречаться как отдельные симптомы и при других формах шизофрении. Такие случаи принято обозначать как вторичную кататонию. По

характеру течения кататоническая форма может быть периодической, протекать в виде приступов возбуждения или ступора. Эта разновидность течения наиболее благоприятна в противоположность кататонической форме, текущей без ремиссии, с тенденцией к нарастающему изменению личности.

Кататоническое возбуждение. Кататонический ступор может смениться кататоническим возбуждением, наступающим, как правило, неожиданно для персонала. Больные вскакивают, куда-то стремятся бежать, производят однообразные вычурные движения, лишенные целенаправленности, например то садятся, то ложатся в постель, то кувыркаются, не говоря ни слова, или беспрерывно в течение длительного времени производят беспорядочные движения руками, или поворачиваются вокруг своей оси. Речь при этом оказывается разорванной, состоящей из не связанных между собой фраз или набора отдельных слов. Весьма существенным является импульсивное поведение больных; молча лежащий больной неожиданно вскакивает, набрасывается на соседнего больного, на персонал, ударяет и вновь ложится, оставаясь в неподвижной позе.

При кататонической форме шизофрении особенно резко выступают и вегетативные симптомы: сальность лица, выраженная потливость ладоней, стоп, замедление пульса, снижение артериального давления.

б) **Гебефреническая, или юношеская, форма.** Клиническая картина этой формы шизофрении может складываться из симптомов шаловливости, дурашливости, нарушения течения ассоциаций. Нередко болезненное состояние обнаруживается совершенно неожиданно, внезапно в связи с каким-либо нелепым, обращающим на себя внимание поступком. Так, один больной, многократно поступавший в больницу, раньше попадал в милицию: один раз за то, что в общественном месте при скоплении народа закричал «караул», второй раз плюнул незнакомой женщине в лицо. Мимика таких больных манерна; больной гримасничает, дурачится (рис. 31), неожиданно начинает смеяться, показывает язык. Расстройство мышления при этой форме шизофрении представляет картину разорванности, бессвязности. Так, например, на вопрос, как он себя чувствует, больной отвечает: «У меня болят зубы, бюллетень на рояле, точка». Может быть и

так, что больной начинает говорить: «Большая атмосфера, закон действия, цыпленок, голубое проветривание» (так называемая словесная окрошка). Иногда больные высказывают отрывочные бредовые мысли и галлюцинируют. Вследствие постоянного беспокойства и дурашливости больных за ними необходимо усиленное наблюдение.

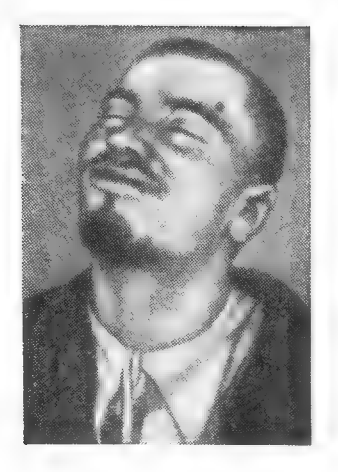


Рис. 31 Гримасы больного шизофренией (гебефреническая форма).

в) **Простая форма.** Если в клинической картине преобладает постепенное нарастание вялости, апатии, безразличия к окружающему, изменение мышления в виде резонерства (пустое мудрствование), постепенно нарастающая разорванность мышления без кататонических, гебефренических, галлюцинаторно-бредовых проявлений, то такую разновидность шизофрении принято называть простой формой. Эта форма чаще развивается постепенно, почти незаметно, так как внешне поведение больных долго остается сохранным. Самое существенное то, что юноша или девушка, ранее жизнерадостные, активные, общительные, отгораживаются от товарищей, большую часть времени остаются в постели, с трудом сосредоточивают внимание, начинают хуже учиться, становятся временами черствыми, эгоистичными, безразличными к своему безделью, к переживаниям близких, говорят о ненависти к родителям и даже о намерении убить их. Однако в начале заболевания нередко эмоциональному опустошению в виде апатии предшествует период, когда эмоциональные реакции больных оказываются не адекватными обстоятельствам. Так, при печальных событиях больной может смеяться, словно проявляя радость, в беседе на тему о плохом самочувствии, о намерении умереть он также смеется. Один юноша, единственный сын, заболевший шизофренией, на вопрос встревоженной матери, что с ним, в чем причина его отвлеченности, рассеянности, о чем он думает, ответил: «Я думаю, каким об-

разом покончить жизнь самоубийством, так как я стал апатичен и холоден ко всему окружающему».

В далеко зашедших случаях поведение больных сводится к тому, что они лишь едят, спят и отправляют естественные потребности. К событиям окружающей жизни остаются безучастными.

г) **Галлюцинаторно-параноидная форма.** Эта форма шизофрении характеризуется наличием галлюцинаций и бреда. Болезнь развивается чаще к 30 годам. Больной слышит голоса, как правило, угрожающего характера или приказывающие. От содержания галлюцинаций зависит его поведение. Под влиянием слуховых галлюцинаций императивного характера больной может отказываться от пищи, выброситься в окно, нанести себе и окружающим повреждения. Часты галлюцинации в виде окликов. Нередко больной слышит то, о чем думает (звучание мыслей). Еще чаще голоса слышатся не со стороны, а как бы внутри больного, например в голове, в животе (псевдогаллюцинации Кандинского). Больные шизофренией часто испытывают своеобразные ощущения в различных частях тела: похолодание, набухание, пробегание тока, жжение и т. д. (тактильные галлюцинации); неприятные запахи гнили, гари, исходящие от пищи, иногда от самого больного (обонятельные галлюцинации). Зрительные галлюцинации при шизофрении встречаются очень редко. Бред бывает разнообразного содержания и очень часто связан с галлюцинациями, но может быть и без них. Чаще всего больной говорит, что вся окружающая обстановка имеет особое отрицательное отношение к нему (бред отношения). Больной уверен, что за ним следят, хотят отравить его, действуют особыми лучами, током. Все это будут разновидности бреда преследования. Если больной убежден, что его внутренности гниют, слипаются, что он болен неизлечимой болезнью внутренних органов, то это называется ипохондрическим бредом.

Распознавание шизофрении может представлять значительные трудности. Особенно это касается тех форм заболевания, которые начинаются с жалоб общего характера, например на головные боли, на неприятные ощущения в различных органах: сердце, желудке, кишечнике. Такие больные долгое время бесплодно лечатся у врачей других специальностей. Нам неоднократно прихо-

дилось видеть больных шизофренией, которые стационировались в различные отделения соматических больниц с диагнозом гастрита, колита, невроза сердца, глистной инвазии, неврастении и т. д. Во всех случаях постепенного начала шизофрении решающее значение для диагноза имеет динамика болезни: нарастание замкнутости, отчужденности от интересов окружающего мира, погружение в мир собственных переживаний (аутизм), стойкость жалоб без соответствующих объективных изменений в соматической сфере, изменение эмоциональной сферы, а именно апатия, потеря инициативы.

В других случаях болезнь начинается остро и бурно. Отмечается растерянность, безотчетный, ничем не мотивированный страх, ужас; больной мечется, нередко свое состояние выражает словами: «Я схожу с ума». Нарастающее двигательное возбуждение протекает со спутанностью сознания при явлениях тяжелой интоксикации: повышении температуры, сухости слизистой оболочки рта, уменьшении суточного количества мочи, учащении и неравномерности пульса.

В этих случаях, как и при других формах заболевания, требуется немедленное помещение больного в психиатрическую больницу.

Шизофрения может наблюдаться и в раннем детском возрасте, и в возрасте полового созревания (пубертатном). В происхождении шизофрении в раннем дошкольном возрасте большая роль принадлежит наследственной отягощенности. Особенно часто в детском возрасте встречается кататоническая форма и простая с гебефренным поведением, значительно реже — параноидная форма.

При шизофрении в детском возрасте часто наблюдаются навязчивые страхи и действия. У ребенка в дошкольном возрасте на фоне подавленного настроения часто развиваются страхи перед обычной детской игрушкой: например, ребенок панически боится куклы, петуха, зайца, птички, боится своей или чужой смерти, высказывает необоснованный страх перед какой-то катастрофой (пожаром, обвалом). В мышлении ребенка появляется наклонность к бредоподобным фантазиям, оторванным от событий окружающего мира. Ребенок отделяется от коллектива своих сверстников, становясь эгоцентричным, черствым. Шизофрения раннего детского возраста с преобладанием кататонических симптомов отличается за-

тяжным неблагоприятным течением. Другие разновидности шизофрении детского возраста заканчиваются благоприятным исходом.

Лечение. Среди прежних методов лечения коматозно-инсулиновый метод и до настоящего времени продолжает занимать одно из первых мест. За последнее десятилетие психиатрия обогатилась новыми лечебными средствами, получившими широкое распространение при лечении различных форм психических заболеваний, в том числе и шизофрении. К ним относятся так называемые психотропные (нейролептические) препараты — аминазин и пропазин (см. подробно в разделе об организации психиатрической помощи и ухода за психически больными). Обычно проводится лечение инсулином в коматозных дозах в сочетании с аминазином в постепенно или быстро нарастающих дозах. Больным с остро начавшимся заболеванием, протекающим с двигательным и речевым возбуждением, с наклонностью к агрессивным, социально опасным действиям, лечение начинается с назначения нейролептических препаратов — аминазина или пропазина. Первоначальная доза этих средств, равная 0,025—0,05 г (25—50 мг), возбужденным больным назначается внутримышечно. Для этой цели 2,5% раствор препарата в количестве 1—2 мл в 0,5% растворе новокаина вводится в верхний наружный квадрант ягодицы. В зависимости от особенностей реакции организма на первое введение препарата доза увеличивается в различном темпе и до различных границ. Наиболее употребительными дозами, купирующими возбуждение, являются 100—200—300 мг. Средний и младший медицинский персонал должен быть хорошо осведомлен о возможных побочных действиях, возникающих, как правило, в первые дни применения препаратов, в связи с чем все больные без исключения требуют тщательного ухода и наблюдения (см. подробно соответствующий раздел). В случае возникновения коллапса, внешние симптомы которого легко отметить (резкая бледность лица, холодный пот, возможно обморочное состояние с кратковременной потерей сознания), больного необходимо положить в горизонтальное положение без подушки со слегка приподнятыми ногами и немедленно сделать инъекцию 1 мл 10% раствора кофеина или дать выпить крепкого чая. Коллаптоидные состояния возникают, как правило, при переходе из гори-

зонтального положения в вертикальное. Вот почему персонал должен обеспечить строгое выполнение больным постельного режима. По мере купирования острого психотического состояния больному назначают лечение инсулином. С этого момента начинается период комбинированного лечения больных шизофренией коматозно-инсулиновым методом и нейролептическими препаратами.

Схематично это лечение выглядит так: ежедневно утром натощак больному вводят инсулин, начиная с 4 единиц, в постепенно нарастающих дозах (от терапевтических до коматозных доз, равных 80—120 единицам). С повышением доз инсулина симптомы гипогликемии становятся все выраженней и заканчиваются комой.

Коматозное состояние связано с резким падением количества сахара в крови (вместо 100—120 мг% в норме до 20—10 мг%) и клинически выражается в глубоком нарушении сознания, в резко выраженных соматических и вегетативных сдвигах: больные резко бледны, на оклик, прикосновение, уколы не реагируют. Зрачки расширены, на свет не реагируют, профузный пот, хриплое учащенное дыхание. Иногда наблюдаются отдельные подергивания мышц лица, конечностей, реже эпилептиформный припадок. В коматозном состоянии больной остается не более 30—50 минут, из которого его выводят внутривенным введением 10—20 мл 40% раствора глюкозы. После того как больной вышел из коматозного состояния, стал отвечать на вопросы, ему тут же дают крепкий раствор сахара (200 г на 100 мл воды или чая). Спустя некоторое время больной должен съесть завтрак, состоящий главным образом из углеводов, для восстановления уровня сахара крови.

Инсулино-коматозная терапия проводится в специально отведенной палате на 8—10 и более больных. Основной уход и наблюдение за строгим выполнением всех правил поведения больными шизофренией, лечившимися этим методом, осуществляется медицинской сестрой, фельдшером и санитаркой. Они должны неотлучно находиться в палате в течение всего периода от момента введения инсулина до купирования инсулиновой комы.

Курс инсулино-коматозной терапии равен 30—40 комам. Ежедневно больному на ночь назначают аминазин или пропазин в пределах от 25 до 200 мг в зависимости от показаний. Сочетанное применение инсулина и нейро-

лептических препаратов уменьшает степень психомоторного возбуждения, нередко наблюдаемого в период инсулиновой гипогликемии или комы, укорачивает курс лечения, углубляет степень ремиссии.

Следует помнить о возможности развития отдаленной повторной комы, особенно нередкой в первой половине дня. Ранними признаками ее являются те же симптомы: слабость, профузный пот, оглушение. Необходимо немедленно внутривенно ввести 10—20 мл 40% раствора глюкозы, а в случаях легкой гипогликемии достаточно ограничиться дачей больному крепкого сахарного сиропа (100—200 г). Все мероприятия по лечению больных шизофренией осуществляются строго по указанию врача.

Лечение хронически больных шизофренией обеспечивается длительным применением нейролептических препаратов в различных дозах (от 400 до 1500 мг в сутки). Длительность и беспрерывность лечения осуществляются назначением так называемого поддерживающего лечения после выписки больного из стационара.

Внестационарное (амбулаторное) лечение больных шизофренией оказывается тем успешнее, чем более четко предусмотрены все необходимые организационные меры. Огромная роль принадлежит среднему медицинскому персоналу, который осуществляет регулярное наблюдение над больными, лечившимися на дому, а именно за беспрерывным приемом нейролептических препаратов и выполнением всех необходимых в этих условиях врачебных рекомендаций (см. подробно раздел об уходе).

К числу нередко наблюдаемых осложнений в процессе длительного лечения нейролептическими препаратами относятся инфильтраты в месте инъекции. Для предупреждения тяжелых абсцессов с расплавлением мышечной ткани необходимо ежедневное тщательное обследование мест инъекций аминазина. В качестве профилактики рекомендуется УВЧ на область ягодицы при появлении малейшей гиперемии.

§ 18. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ, ИЛИ ЦИРКУЛЯРНЫЙ, ПСИХОЗ

Циркулярный психоз характеризуется наступлением болезненных приступов (фаз) то в виде маниакального, то в виде депрессивного состояния. Иногда одно состоя-

ние сменяет другое как бы циклически (отсюда и название циркулярный), иногда же у больного в течение всего периода заболевания повторяются только депрессивные или только маниакальные состояния. Между закончившимися периодическими фазами болезни наблюдаются светлые промежутки, когда у больных полностью восстанавливается работоспособность и они возвращаются к прежней деятельности, так как никаких явлений деструкции (разрушений) в головном мозгу при этом заболевании нет. Чаще всего психоз начинается в молодом и юношеском возрасте.



Рис. 32. Больная в маниакальной фазе циркулярного психоза.

В маниакальной фазе у больного наблюдается повышенное настроение, эйфория, ускорение течения мыслей. Соответственно быстроте мышления он громко, не умолкая, говорит, поет, сочиняет стихи. Он чрезвычайно подвижен, ни минуты не может посидеть на месте (рис. 32), все время стремится чем-нибудь заняться, становится надоедливым, во все вмешивается, проявляет наблюдательность и подмечает все неполадки в окружающем. Такое возбужденное состояние держится и днем, и ночью. Больные спят 2—4 часа в сутки, а иногда совсем не спят. Находясь все время в движении, они тем не менее мало теряют в весе. Часто больные не совсем критически оценивают свое состояние и высказывают мысли о своих чрезвычайных возможностях, способностях (бредовые мысли величия), исключительной красоте и т. д.

В депрессивной фазе состояние больного противоположно маниакальному: настроение подавленное, больной испытывает состояние мучительной тоски, не видит ни в чем выхода, упорно стремится покончить жизнь самоубийством (суицидальные мысли), к ночи успокоение не

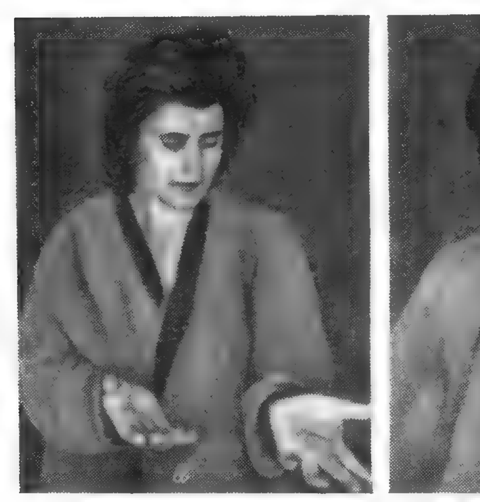
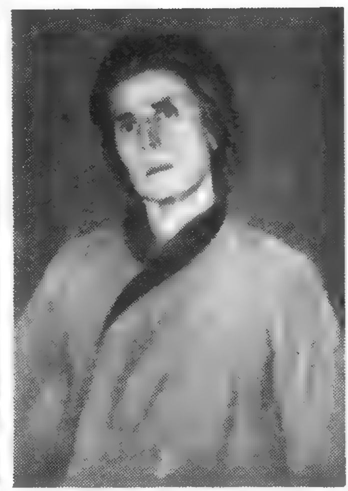



Рис. 33. Внешний вид больной в депрессивном состоянии.

наступает, больные не могут заснуть, соответственно медленному мышлению они отвечают на вопросы с задержкой, односложно.

Больной или все время сидит в удрученной позе со страдальческим выражением лица (рис. 33), с поникшей головой, или все время лежит. Движения крайне заторможены: больной не может встать, умыться, одеться, самостоятельно поесть. Подавленное настроение соответствует мыслям о какой-то своей виновности (самообвинение): больные считают себя недостойными внимания, склонны отказываться от еды. В соматической сфере в этой фазе наблюдаются значительные сдвиги: сухость кожи, повышение артериального давления, понижение аппетита, ослабление сократительной функции желудка и кишечника, в связи с чем наступают

упорные запоры, больные теряют в весе. Те же изменения, но выраженные в меньшей степени, имеют место и в маниакальной фазе.

Лечение и уход. При лечении депрессивного состояния широкое применение получили новые психотропные средства (антидепрессивные). К ним относятся препараты имизин, мелипрамин, назначаемые внутрь от 0,0025 г (25 мг) с постепенным увеличением до 100—200 мг в сутки. Признаки смягчения угнетенности, тоски появляются с первых же дней приема препаратов. Среди побочных симптомов может наблюдаться сердцебиение, ощущение слабости. Курс лечения 1—2 месяца и более.

Для уменьшения тоски при депрессивном состоянии показаны теплые (30°) ванны длительностью 15 минут.

Персонал должен следить за физическим состоянием больных, за ежедневно совершаемым туалетом (умывание, чистка зубов, полоскание рта), за питанием, за деятельностью кишечника. Часто приходится прибегать к терпеливому кормлению с ложечки, ежедневно делать очистительную клизму.

Больные в депрессивной фазе требуют усиленного круглосуточного надзора в связи с упорными мыслями о самоубийстве. Стационирование обязательно. В маниакальном состоянии показаны нейролептические препараты (аминазин, пропазин), быстро купирующие психомоторное возбуждение. Первоначальная доза 25—50 мг с постепенным повышением до 100—200—300 мг. Благоприятно действуют длительные в течение нескольких часов (2—4 и более) ванны при соблюдении строгого контроля за деятельностью сердца, сердечные средства. Психомоторное возбуждение могут уменьшить препараты брома:

Rp. Sol. Natr. bromati 10% 50,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Из снотворных средств назначают мединал по 0,3 г 3 раза в день. Двигательное возбуждение может значительно уменьшиться от 25% раствора сернокислой магнезии, вводимой внутримышечно по 5 мл.

§ 19. ПСИХОПАТИИ

Психопатия не есть психическая болезнь. Это патологический характер, дисгармоничность различных сторон личности. Психопатические личности отличаются тем, что их эмоционально-волевая сфера оказывается неустойчивой, легко меняющейся, и нередко именно эмоциями, влечениями руководствуются психопаты в своем поведении.

Психопатическим лицам свойственны неадекватные (не соответствующие раздражителю) реакции, часто очень бурные, что в значительной степени нарушает их поведение в обществе и затрудняет приспособляемость к окружающей среде. Так, например, они склонны давать взрывы гнева без достаточного на то основания.

При психопатиях наряду с патологическими отклонениями в эмоциональной сфере и поведении формальные интеллектуальные способности сохранены (память, внимание, ассоциации).

§ 20. НЕВРОЗЫ

К неврозам относится неврастения, психастения, истерия.

а) **Неврастения.** Термином «неврастения» обозначают заболевание, возникшее как следствие перенапряжения нервной системы Клиника неврастении складывается из симптомов повышенной нервной возбудимости, с одной стороны, и истощаемости — с другой, причем у одного больного могут преобладать симптомы повышенной возбудимости, а у другого — симптомы истощаемости. К симптомам повышенной нервной возбудимости относится повышенная раздражительность, проявляющаяся в резком тоне, реакциях гнева, слезах. Больным неврастенией крайне трудно, а иногда и невозможно сдержать, подавить эмоциональную реакцию. Они становятся невыносливыми к ожиданию. Такие больные проявляют повышенную чувствительность к раздражителям обычной силы, привычным для здорового человека: с трудом переносят хлопанье дверью, стук шагов, шум уличного движения, разговор соседних больных, яркий свет, громкую музыку, прикосновение холодного и горячего, с большим трудом переносят незначительные болевые раздражения (инъекции, вливания).

Нарушение сна является одним из самых частых симптомов неврастении. С наступлением ночи больные, полные представлений о событиях прошедшего дня, долго не могут заснуть, мысли их непрестанно возвращаются к мельчайшим и несущественным событиям истекшего дня. Иногда же у них нет никаких волнующих мыслей, они хотят спать, но не могут заснуть в течение многих часов. Заснув, они вскоре просыпаются от малейшего шума, шороха и уже бывают не в силах заснуть вновь. Сон оказывается поверхностным, тревожным с обилием сновидений, чаще неприятного содержания, не приносящим привычного чувства бодрости и отдыха. В течение дня больные остаются вялыми, сонливыми.

При исследовании неврологического статуса бросается в глаза оживление сухожильных рефлексов, рефлексов со слизистых оболочек (повышение глоточного рефлекса), тремор век, пальцев рук, яркая вегетативно-сосудистая неустойчивость: шея, лицо покрываются красными пятнами, ладони, стопы и другие части тела быстро потеют, пульс частый, больные жалуются на самые разнообразные неприятные ощущения, идущие из различных частей тела — сжимание сердца, боли в желудке, кишечнике, головная боль, головокружение. Эти симптомы повышенной нервной возбудимости переплетаются у одного и того же больного с симптомами чрезмерной нервной истощаемости, которые проявляются в легкой утомляемости в работе, неустойчивости и быстрой истощаемости внимания, малой интеллектуальной продуктивности. Больным трудно сосредоточиться на привычном занятии, мысли быстро соскальзывают, отвлекаются, не удерживается содержание прочитанного. Это вызывает у больного беспокойство, что он «потерял память», что он не сможет больше работать, отчего волнение и невозможность сосредоточиться на более длительное время еще больше усиливаются. В собеседовании с больным выступает трудность передачи в хронологической последовательности дат личной и общественной жизни: больные забывают даты основных событий, имена знакомых лиц. Понижение работоспособности, нарушение сна, наличие неприятных болезненных ощущений в различных частях тела, снижение половой функции (импотенция) сопровождаются угнетенным настроением с тревожностью и беспокойством за благополучный исход такого состояния.

Предсказание и лечение. Предсказание при неврастении всегда благоприятное. Кроме возможного устранения факторов, обусловливающих перенапряжение нервной системы, показаны отдых, умеренные прогулки и спорт, лечебная физкультура и различные водные процедуры, местно дарсонвализация (головы, области сердца, позвоночника), гальванический воротник с хлористым кальцием, статический душ. Все это испытанные методы лечения неврастении.

Из лекарств с успехом применяют бромистые соли, настойку из корня валерьяны, кодеин, кофеин, общеукрепляющие средства. Хороший эффект дают тонизирующие препараты — инъекции спермокрина, спермина, пантокрина. Разъяснение, успокоение, в некоторых случаях внушение (гипноз) показаны при симптомах понижения половой силы (импотенция), полового влечения.

б) **Психастения.** Основным клиническим проявлением психастении является сочетание своеобразного склада личности с навязчивыми состояниями. Самыми существенными чертами характера психастеника являются тревожность, мнительность, постоянное чувство неуверенности, усиливающееся перед необходимостью принять то или иное решение. Неуверенность, нерешительность и сомнение возникают в повседневной работе при выполнении сколько-нибудь ответственного задания и в личной жизни, особенно в решительные переломные моменты (жениться или не жениться, учиться или не учиться и т. д.). Человек, страдающий психастенией, всегда полон тревожных опасений перед неизвестным будущим. Прежде чем принять то или иное решение, психастеник, обуреваемый сомнениями, может в рассуждениях проводить часы и дни, ничего не предпринимая. Поистине, психастеник живет больше в своих рассуждениях, чем в реализации своих намерений. Эти особенности характера, свойственные психастенику, на протяжении всей его жизни сочетаются с часто возникающим навязчивым бесплодным мудрствованием. Оно касается планов больного — «совершить или не совершить», его поступков — «поступил хорошо или дурно», «запер дверь или не запер». Оно также касается сомнений о состоянии здоровья, опасения серьезно заболеть, мыслей о своей неполноценности и т. д.

Психастенические черты характера имеют тенденцию усиливаться под влиянием самых незначительных воздействий психогенного характера, соматической астенизации. То или иное заболевание внутренних органов нередко утяжеляется и затягивается тревожно-мнительной настроенностью психастеника, и больной оказывается сосредоточенным на своих ощущениях. Он с беспокойством и тревогой прислушивается к каждому слову врача, во всякой небрежно брошенной фразе усматривает «трагический» смысл для себя. Однако необходимо отметить, что навязчивые состояния, столь часто имеющие место у психастеников, в значительной степени ослабевают и сглаживаются под влиянием внешних ситуаций, связанных с состоянием эмоционального напряжения, концентрации и отвлечения внимания. Психиатрам давно известен факт, когда резко выраженные тревожность и мнительность психастеника с навязчивыми явлениями исчезали в момент пребывания на фронте, в условиях боевой обстановки, требующей выполнить боевой приказ.

Лечение. Положительное действие оказывают общеукрепляющее лечение, препараты брома с кофеином, регулирующие функцию коры.

Rp. Sol. Natrii bromati ex 1,0 : 200,0
Coffeini natrio-benzoici 1,0
DS. По 1 столовой ложке до 3 раз в день

Большое значение имеет физкультура, трудотерапия. Иногда положительный терапевтический результат дает психотерапия в форме убеждения или гипноза.

в) **Истерия.** Клиника истерии весьма разнообразна и различна по внешнему проявлению. Все клинические симптомы, наблюдаемые при истерии, условно можно разделить на психопатологические и соматические. К первой группе относятся истерические припадки, истерическое сумеречное состояние сознания, псевдодеменция, пуэрилизм, немота, ступор, ко второй — истерические парезы, параличи, афония (потеря звучности голоса), глухота, слепота, рвота, задержка мочеиспускания, дефекации.

Все перечисленные симптомы развиваются чаще всего у больных с определенными истерическими чертами характера. Многочисленные симптомы истерии могут

дать повод для предположения о наличии какого-либо тяжелого соматического или органического страдания.

Из главнейших клинических симптомов истерии мы остановимся на *истерическом припадке*. Если он случается, то обычно в дневное время, на людях, а не во время сна. В большинстве случаев развитию его предшествует неприятного содержания переживания, психотравматизирующая ситуация. Необходимо уметь отличать истерический припадок от эпилептического.

Все симптомы истерического и эпилептического припадка надо наблюдать и уметь описать с тем, чтобы в дальнейшем врач мог по записи среднего медицинского персонала судить о характере припадка (подробно о различии припадков см. § 6 Эпилепсия). Страдающий истерией обычно падает, не расшибаясь. В отличие от эпилептических истерические судороги беспорядочны, театральны, вычурны, они представляют собой выразительные движения (гримасы плача, страдания, страстные позы в виде дуги, со стремлением привлечь внимание и сочувствие окружающих) (рис. 34). Длительность припадка самая разнообразная — от нескольких минут до нескольких часов, в зависимости от поведения окружающих, т. е. чем больше свидетелей вокруг, чем больше внимания оказано больному, тем дольше длится припадок. Очень важно, что в то время как после кратковременного эпилептического припадка наступает оглушенность, растерянность и продолжительный сон, длительный истерический припадок, а то и ряд следующих один за другим припадков не сопровождаются оглушенностью и последующей амнезией, и по окончании припадка больной как ни в чем не бывало продолжает прерванную деятельность.

Истерическое сумеречное состояние сознания характеризуется сужением сознания, сосредоточенностью его на определенном круге представлений, связанных с психотравматизирующими переживаниями. Например, у матери, потерявшей ребенка, развившееся сумеречное состояние сознания выражалось в том, что она плохо ориентировалась в окружающей обстановке, беспрерывно что-то искала, заворачивала подушку в детское одеяльце, брала в руки, качала ее и, прохаживаясь по комнате, напевала детскую колыбельную песенку, баюкая своего мнимого ребенка. Длительность су-

меречного сознания различна, чаще определяется часами и днями и заканчивается благоприятно — выздоровлением.

Истерическая глухонемота — сурдомутизм. Больной не слышит и не говорит. Глухота может растягиваться на несколько месяцев и проходит бесследно. Иногда мутизм сменяется заиканием.



Рис. 34. Истерическая дуга при истерическом припадке.

Истерические реакции в форме мутизма (немоты) и глухоты, двигательного ступора могут имитировать состояние оглушенности, комы. Однако и в этих случаях решающее значение имеют анамнез и особенности состояния больного. Так, например, больные с истерическим ступором (нередко попадают в приемный покой соматической больницы с диагнозом органического поражения мозга) отличаются тем, что отсутствие речевого ответа на вопрос врача у них сопровождается выраженной вегетативной, эмоциональной и мимической реакциями. Больной краснеет, бледнеет, у него учащается пульс при вопросах, касающихся начала и причин заболевания. Часто контакт с больным удается при помощи письма, жестов. Тут же произведенные исследования мочи, крови, неврологического статуса не обнаруживают какой-либо существенной патологии, что дает возможность отвергнуть предположение об органическом заболевании мозга.

Соматические симптомы истерии. Среди разнообразных соматических расстройств истерического происхождения наиболее часто встречаются параличи, парезы, слепота, рвота, задержка мочи и дефекации.

1. Истерические парезы и параличи. Чаще носят характер параплегий и моноплегий (паралич обеих ног, одной руки, одной ноги), реже — гемиплегии. В отличие от параличей при органических сосудистых заболеваниях мозга, например при артериосклерозе, гипертонической болезни, истерические параличи не сопровождаются патологическими рефлексами и изменением мышечного тонуса. Истерические параличи и парезы сочетаются с выпадением чувствительности, не укладывающимся в рамки проводниковых или корешковых расстройств. Наблюдается анестезия типа «чулка», «перчатки», расстройство чувствительности по гемитипу, строго по средней линии туловища. У больных с истерическими параличами при исследовании сухожильных рефлексов расстройств последних не отмечается.

2. Истерическая астазия — абазия. Невозможность стоять и ходить при хорошей силе в ногах и вполне сохранной координации движений.

3. Истерическая слепота. При истерической слепоте исследования состояния глаз также не дают оснований для объяснения потери зрения. Существенным для диагноза истерической слепоты является тот нередкий факт, что больные обнаруживают слепоту только при далеком расстоянии предмета или из двух пальцев видят только один, из трех — два и т. д. Исследования обнаруживают, что больные упорно не фиксируют взгляда на предлагаемом предмете, смотрят рядом, мимо предмета.

4. Истерическая рвота. Повторяясь периодически, такая рвота может доводить больных до резкой степени истощения и тем самым симулировать разнообразные соматические страдания.

5. Истерическая кишечная непроходимость. Иногда она дает повод для предположения о том, что в основе непроходимости лежит органическое заболевание.

Все перечисленные симптомы истерии могут дать повод для предположения о наличии какого-либо тяжелого

соматического страдания. Вот почему знание клинической картины истерии необходимо каждому фельдшеру: оно поможет раннему правильному распознаванию истинного страдания, а следовательно, и своевременному назначению лечения.

Особенностью описанных расстройств, заставляющей заподозрить их истерическое происхождение, является то общее, что чаще всего характеризует все истерические расстройства: неожиданность появления вслед за психотравматизирующими переживаниями, обычно отсутствие какой-либо органической основы страдания, тенденция под влиянием благополучного разрешения ситуации или психотерапевтического внушения к обратному развитию (полному восстановлению функций), наличие тех или иных основных черт истерического характера.

Истерический характер отличается целым рядом черт, постоянно выявляемых в повседневном общении с окружающими. Перечислим основные из них: эмоциональная неустойчивость, выражающаяся в бурных внешних проявлениях чувств, в легком переключении от одного чувства к другому, совершенно противоположному. Больные громко смеются, громко неудержимо рыдают, крайне легко, без серьезных к тому оснований, сменяют горячие привязанности на яростный гнев. Склонны преувеличивать свои болезненные ощущения, прибегая к соответствующим выражениям («адская боль», «могильная, жгучая тоска», и т. д.) и подкрепляя их театральными выразительными жестами. Эгоизм, эгоцентризм, стремление оказаться в центре внимания, наклонность к лжи, фантазиям, повышенная внушаемость завершают истерические черты характера. Описанные свойства характера больных истерией делают их тяжелыми в обществе, легко вступающими в конфликт.

§ 21. ОЛИГОФРЕНИЯ

Слово «олигофрения» означает малоумие, или психическое недоразвитие. В отличие от деменции, под которой понимают слабоумие вследствие перенесенного заболевания, олигофрения — это задержка умственного развития

в результате поражения зачатка (например, внутриутробная инфекция, сифилис), врожденных дефектов развития (микроцефалия, рис. 35). Олигофрения может быть также результатом родовой травмы, например при наложении высоких щипцов, и перенесенных в первые месяцы и годы жизни ребенка тяжелых поражений головного мозга, чаще всего менинго-энцефалитов различной этиологии.

По степени тяжести психического недоразвития различают три группы олигофрений: 1) идиотия — наиболее глубокая степень недоразвития; 2) имбецильность — средняя степень; 3) дебильность — легкая степень.



Рис. 35. Больная микроцефалией в возрасте 15 лет.

Идиотия характеризуется отсутствием у больного речи. Больные способны произносить лишь нечленораздельные звуки. Они не понимают речи и не реагируют на окружающее, все, что попадает им под руку, тащат в рот; сидя в кровати, однообразно, бессмысленно производят одни и те же движения туловищем.

При имбецильности больные владеют речью, но они часто косноязычны, запас слов невелик. Они могут приобрести элементарные знания, учась в специальных вспомогательных школах; могут заниматься простейшим трудом.

При дебильности (умственной ограниченности) больным крайне трудно дается усвоение нового материала, образование отвлеченных понятий; они отличаются легкой внушаемостью, недостаточной критичностью в отношении окружающего и своих возможностей. В поведении они часто легко возбудимы, неустойчивы.

Врожденное слабоумие, выявляющееся с первых же лет жизни ребенка, под влиянием воспитания и дальнейшего развития, а также благодаря приучению к трудовым навыкам может в какой-то степени выравниваться, и больной олигофренией может заниматься полезной деятельностью.

§ 22. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Внебольничная помощь осуществляется психоневрологическим диспансером. Под наблюдение психиатра больной может быть направлен врачом любой специальности и любым медицинским учреждением. Довольно часто направление дают врачи районной поликлиники — терапевты, невропатологи, к кому впервые нередко обращаются психически больные. Работа психоневрологических диспансеров в крупных городах и областных центрах построена по участковому принципу.

Участковый врач и вся участковая служба (медицинские сестры) общемедицинской сети обязаны знать о наличии психически больных на их участке наравне с другими соматическими больными. Участковые врачи районной поликлиники в городе и участковой больницы на селе, часто встречающиеся с населением своего района, первые констатируют появление новых психических заболеваний на участке или изменение психического состояния больного и немедленно принимают меры к оказанию психиатрической помощи через районного психиатра. Следовательно, профилактика развития психических заболеваний, выявление ранних стадий психоза для оказания своевременной помощи заболевшим в значительной степени зависят от слаженной объединенной работы участкового врача и психиатра районного психоневрологического диспансера. Не менее значительна роль среднего медицинского персонала, в частности участкового фельдшера и медицинской сестры, которые по роду своей основной деятельности (выполнение назначений врача — банки, инъекции, термометрия, патронажное посещение) значительно чаще и дольше бывают в семье больного на своем участке.

Медицинская сестра на дому первая получает сигналы от родственников о начальных признаках психическо-

го расстройства, выражающегося в нарушении поведения, например в отказе от пищи, ночном беспокойстве, уединенности больного; сестра должна отнестись к этим признакам со всей серьезностью и немедленно сообщить о них участковому врачу. Внимательность, бдительность участковой медицинской сестры помогают сложной работе участкового психиатра.

Психиатрическая помощь на селе обеспечивается областными, краевыми психоневрологическими диспансерами и психиатрическими больницами, а также межрайонными психиатрическими больницами, ведущими диспансерную работу.

Указанные больницы должны быть связаны с районной поликлиникой в городе и на селе, с врачами различных специальностей (участковыми терапевтами, акушерами, гинекологами, хирургами). В отдаленных от центра пунктах (фельдшерские пункты) эта связь поддерживается через фельдшера. Врач или фельдшер могут посылать больного на консультацию в областной или республиканский психоневрологический диспансер, а в тех случаях, когда симптомы психического заболевания несомненны, направлять его прямо в психиатрическую больницу. Психиатры областного, краевого, республиканского диспансеров должны периодически выезжать в районные, сельские больницы или поликлиники и совместно с врачами (не психиатрами) разбирать и тщательно изучать все случаи заболеваний, протекающих с нарушением психической деятельности. Диспансер ведет учет всех больных, обращающихся за помощью, уделяя при этом особое внимание так называемому активному учету, на котором находятся остро заболевшие, с тяжелыми проявлениями психической болезни, а также больные, недавно выписанные из стационара.

Специальную помощь психически заболевшим оказывает участковый психиатр диспансера, который решает вопрос, нужно ли наблюдать и лечить больного в условиях диспансера или немедленно поместить его в психиатрическую больницу. В диспансерах лечатся амбулаторно больные с неостро проявляющимися, компенсированными формами психозов, с затяжным хроническим течением, с невротическими реакциями, с психопатическим поведением, не нуждающиеся в помещении в больницу. Повседневное наблюдение над такими больными, живу-

щими в сельской местности, осуществляет врач сельского врачебного пункта или фельдшер, который выполняет все назначения психиатров и в случае нужды оказывает неотложную помощь, направляет в больницу и т. д.

Роль среднего медицинского персонала диспансера неизмеримо повысилась введением так называемого поддерживающего лечения больных с различными психическими заболеваниями. Этот вид лечения заключается в назначении новых лечебных препаратов, оказывающих многостороннее действие при нарушениях психической деятельности. Средства эти носят название психотропных, или психофармакологических. К таким средствам относятся аминазин и пропазин, имизин. Препараты выпускаются в драже по 25, 50 и 100 мг и в виде 2,5% раствора в ампулах по 1 или 2 мл.

Аминазин и пропазин широко применяют как средства, снимающие или значительно уменьшающие речедвигательное (психомоторное) возбуждение независимо от причины его возникновения. Достаточно однократного или повторного введения внутримышечно аминазина от 25 до 100 мг, реже 150—200 мг для прекращения двигательного возбуждения, агрессивного действия, выраженного бреда, галлюцинации или, наконец, состояния спутанного сознания. При хроническом психическом заболевании — шизофрении, при депрессиях различной этиологии назначают длительный курс лечения этими препаратами. За последние годы лечение аминазином и пропазином назначается больным шизофренией в амбулаторных условиях (поддерживающая терапия).

Указанные препараты, независимо от формы их введения, могут оказывать побочное и осложняющее действие на организм. Знание их абсолютно необходимо среднему и младшему персоналу для того, чтобы уметь предупредить эти осложнения, а главное знать о мерах их устранения. В первые дни приема могут наблюдаться следующие осложнения:

1) коллапс — состояние, связанное со значительным падением артериального давления (80/50—70/40 мм рт. ст.), больной бледнеет, покрывается холодным липким потом, падает, нередко теряет сознание, пульс становится слабого наполнения; необходимо больного уложить без подушки, с несколько приподнятыми ногами, дать выпить крепкого чая, сделать инъекцию 10% раствора ко-

феина (1 мл под кожу) или дать внутрь порошок кофеина (0,1—0,2 г) и немедленно сообщить врачу;

2) сухость слизистой оболочки рта, носоглотки;

3) повышенная сонливость;

4) затруднение дыхания;

5) гиперкинезы тонические и клонические, сведения отдельных групп мышц, особенно часто лица, шеи, реже нижних конечностей, во всех этих случаях показана инъекция кофеина в той же дозе, как и при коллапсе; возможность дальнейшего продолжения лечения должна быть обязательно согласована с лечащим врачом.

6) при длительном курсе лечения могут наблюдаться повышение веса, аппетита, запор, гепатиты с желтухой, изменения формулы крови в виде увеличения или уменьшения количества лейкоцитов, уменьшение числа эритроцитов, уровня гемоглобина, ускорение РОЭ;

7) при применении больших доз препаратов (более 600 мг в сутки внутримышечно) могут быть инфильтраты с повышением температуры до 38—39°, нередко наблюдается синдром, напоминающий паркинсонизм, — двигательная скованность, амимия, слюнотечение, дрожание пальцев рук;

8) у больных при длительном введении аминазина может наблюдаться вместо общего успокоения нарастание двигательного беспокойства, тревоги. Этот так называемый нейролептический синдром требует или понижения дозы препарата, или полной его отмены;

9) возможны дерматиты;

10) эпилептиформные припадки.

Осложнения должны фиксироваться в специальных дневниках медицинских сестер. Врачи должны быть оповещены об этом безотлагательно. Лечение осуществляется под тщательным контролем не только врача, но и среднего и младшего персонала. При этом необходимо следить в одинаковой степени за психическим и физическим состоянием больного.

Продолжение лечения во внебольничных условиях обеспечивает длительное улучшение с возвращением больного в семью, к посильному полезному труду. Беспрерывное лечение на дому помогает предупредить обострение состояния и прекратить начавшееся ухудшение в домашних условиях повышением дозы препарата. Безопасность и эффективность лечения обеспечиваются пра-

вильной организацией лечебной помощи на дому, в которой большая роль принадлежит среднему персоналу. Хорошо обученные фельдшер, медицинская сестра могут помочь в организации поддерживающего лечения в сельской местности под контролем врача. Незаменимы современные нейролептические средства в условиях, требующих оказания немедленной психиатрической помощи, например при возникновении острых психических нарушений у нескольких лиц одновременно (в условиях стихийного бедствия или массового поражения).

Социальное обеспечение психически больных, патронажное наблюдение над ними (систематическое наблюдение над больными, находящимися в домашних условиях), наложение опеки для защиты интересов и прав тяжелых недееспособных психически больных — все эти функции составляют одну из важнейших задач психоневрологических диспансеров. В этой работе принимает самое активное участие средний медицинский персонал, так называемые сестры-обследовательницы и патронажные сестры.

Экспертная работа занимает большое место в деятельности диспансера. Диспансеры дают заключение о трудоспособности, о годности к военной службе, о степени вменяемости при различных нарушениях, совершенных лицами с изменениями психической деятельности.

При городских психоневрологических диспансерах организованы лечебно-трудовые мастерские, где работают больные, которые уже не нуждаются в стационарном лечении, но еще не могут вернуться к своему профессиональному труду в силу оставшихся психических нарушений после перенесенного заболевания. Эти мастерские имеют большое значение и в приобретении больными новой специальности. По мере улучшения состояния здоровья работающие больные совершенствуются в такой степени, что при некотором облегчении рабочего дня, и даже без этой льготы, могут быть рекомендованы на предприятия для работы на общих основаниях. Наблюдение за работой больных в лечебно-трудовых мастерских проводится врачами и средним медицинским персоналом.

Амбулаторная и больничная помощь не может рассматриваться раздельно. Эти два вида помощи представ-

ляют собой неразрывные звенья в обслуживании всякого заболевшего, в том числе и психически больного.

Больного, которого по соответствующим показаниям (см. ниже) нужно поместить в психиатрическую больницу, врач направляет с подробной выпиской о проведенном амбулаторном лечении. По окончании стационарного лечения больного во всех случаях берет на учет районный психиатр, под наблюдением которого он находится до полного выздоровления.

По окончании лечения психиатрическая больница посылает подробную выписку из истории болезни, на основании которой больной берется диспансером на учет.

В зависимости от количества коек в психиатрической больнице могут быть следующие отделения.

1. Приемный покой для всех больных, поступающих в психиатрическую больницу. Приемный покой должен быть уютно и красиво убран, в нем должно быть чисто и тихо. После санитарной обработки больной в приемный покой не возвращается, а поступает в соответствующее отделение больницы.

Основные отделения психиатрической больницы — спокойное и беспокойное.

2. Отделение для беспокойных больных (беспокойное отделение), предназначенное для больных, нуждающихся в особом уходе и надзоре вследствие возбуждения, бредовой настроенности или наклонности к агрессии. Это отделение отличается некоторыми особенностями: кровати не должны иметь острых углов, вставных пружин, железных прутьев; стены должны быть абсолютно гладкие, без крючков, гвоздей, вешалок, ниш и выступов; уборные — с автоматической смывкой, с незапирающейся дверью, с застекленным окном для наблюдения за больными; обеденная посуда у беспокойных больных должна быть небьющейся, легкой, желательно алюминиевой. Сервировка обеда состоит из тарелки, чашки (или кружки), ложки; вилки и ножи этим больным не дают.

В отделении не должно быть тяжелых, острых, режущих предметов, которыми больной мог бы причинить вред себе и другим.

3. Спокойное отделение, куда помещают больных с различными формами неврозов, с реактивными со-

стояниями, с легкими формами сосудистых заболеваний — артериосклерозом, гипертонической болезнью, с травматическими нерезко выраженными изменениями, больные с легкими эпилептическими припадками.

4. Приемные отделения, имеющие два подразделения — спокойное и беспокойное. В эти отделения поступает основная масса первично заболевших. Здесь наблюдение над больными должно быть строжайшим, так как больной еще недостаточно известен и его поведение может быть полно всяких неожиданностей. Обстановка этого отделения должна напоминать уютную домашнюю обстановку (ковры, музыкальные инструменты, картины) с тем, чтобы само пребывание в условиях больницы не травмировало психику больного.

В больших психиатрических больницах, кроме того, есть еще следующие отделения.

5. Отделение для психически больных с признаками соматической слабости.

6. Дневные стационары только для дневного пребывания особого контингента больных.

7. Отделения для психически больных детей.

Для больных с хроническими формами заболеваний существуют загородные больницы, где больные занимаются главным образом сельскохозяйственными работами (трудотерапия).

При больницах необходимы клинико-диагностические лаборатории для химических, биохимических и электрофизиологических исследований и для исследований высшей нервной деятельности, рентгенологический кабинет и кабинет для физиотерапии, а также прозекторская для вскрытия трупов умерших Экспертиза проводится в специальных отделениях судебно-психиатрической экспертизы.

Место для прогулок (сад), как и вся территория больницы, обнесено высоким забором.

Все двери больницы и калитки сада должны быть постоянно на запоре специальными ключами (трех-четырехгранными).

Страдающие алкоголизмом и наркоманией лечатся либо на общих основаниях амбулаторно, либо в психиатрических стационарах в специальных лечебных учреждениях, называемых наркоприемниками,

§ 23. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНЫХ И ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И УХОД ЗА НИМИ

Уход за нервнобольными и их лечение

Медицинский персонал должен всегда помнить основное правило ухода — никогда не вступать с больными в обсуждение его заболевания. Все назначения больному должны делаться только врачом. Даже грелку, которую просит больной, в неврологическом отделении надо давать с ведома и разрешения врача, так как одним из клинических симптомов органического поражения нервной системы бывает выпадение или снижение температурной чувствительности, и в этих случаях ожог даже от не очень горячей, но долго лежащей грелки возникает легко, а заживает плохо.

О лечении и об уходе за нервнобольными говорилось при описании клинических форм заболеваний. Здесь же мы приведем только такие мероприятия, которые требуют от среднего медицинского персонала специальных знаний техники их проведения.

В предынсультном состоянии больному часто назначают пиявки, чтобы извлечь некоторое количество крови и понизить ее свертываемость. Обычно их ставят за уши, у сосцевидных отростков, или на копчик. Кожу предварительно необходимо тщательно вымыть простым, недушистым, мылом. Чтобы пиявки скорее присосались, кожу смазывают концентрированным сахарным раствором; так как пиявка не всегда присасывается сразу, а может ползти по коже и при недосмотре попасть в ухо; слуховой проход рекомендуется закрывать ватой. Пиявку берут за задний (толстый) конец или же помещают в пробирку головой (тонким концом) к выходу и прикладывают к коже. Можно поместить пиявки в стакан и, опрокинув его, держать до тех пор, пока они не присосутся. Насосавшись крови, пиявки увеличиваются в 3—4 раза и затем отпадают сами. Если нужно, чтобы пиявка отпала раньше, ее посыпают солью. После отпадения пиявок ранки перевязывают по общим правилам. Так как гирудин, выпускаемый пиявками, препятствует свертыванию крови, то из ранок после удаления пиявок иногда происходит длительное кровотечение. Последнее устраняют

при помощи наложения давящей повязки, смоченной слабым раствором полуторахлористого железа (2:100). Хорошо действует прикладывание ватки, смоченной официнальным раствором того же препарата. Пиявки должны быть жизнеспособными. Одна пиявка высасывает 15 мл крови (примерно столовую ложку) в течение 40—60 минут и дольше. За один раз ставят 6—8 пиявок.

Из препаратов висмута употребляют бийохинол, представляющий собой масляную взвесь висмута, йода и хинина (в оригинальной упаковке). Инъекции бийохинола по 2—2,5 мл делают через день. Курс лечения от 15 до 20 инъекций. Перед инъекцией бийохинол нагревают (ставят пузырек в горячую воду) и тщательно взбалтывают. Рекомендуется делать инъекцию в верхненаружный квадрант ягодицы. Место инъекции должно быть предварительно тщательно протерто спиртом и смазано йодом. Во избежание образования гематом, а иногда и жировых эмболий при инъекции сначала следует вводить иглу без шприца; если спустя несколько секунд через иглу не начнет вытекать кровь, можно вводить масляную взвесь. Попадание в кровь нерастворимой массы может вызвать тяжелые последствия. Ввиду того что бийохинол приходится вводить толстой иглой и масляная взвесь скапливается в месте введения, после того как игла вынута, взвесь бийохинола обычно устремляется наружу через место укола. Поэтому после инъекции бийохинола больной должен несколько минут полежать на животе, а место укола надо заклеить ватой с коллодием.

Висмут раздражает почки и вызывает гингивиты, поэтому в процессе лечения необходимо часто исследовать мочу больного, а для предупреждения заболевания десен следить, чтобы больной полоскал рот после еды и смазывал десны вяжущей и дубящей настойкой мирры, ратании и чернильных орешков (все взятое в равных количествах). Рекомендуется также полоскать рот водой с йодной настойкой (10 капель на стакан воды).

Необходимо остановиться на технике проводимого врачом извлечения спинномозговой жидкости и на уходе за больным при этой процедуре.

Спинномозговую жидкость извлекают как с диагностической, так и с лечебной целью. Для пункции пользуются обычно бировской иглой с мандреном, но обычная 5—6-сантиметровая игла также вполне пригодна для

этой цели; в детской практике применяют только простые иглы. Поясничный прокол можно делать в положении больного сидя или лежа в зависимости от его состояния. Технически легче производить пункцию в положении лежа. Больного укладывают на правый или левый бок, как можно ближе к краю кровати; ноги приводят к животу, а голову наклоняют к груди, отчего спина выгибается дугой и остистые отростки отходят друг от друга. Поперечной линией, обычно отмечаемой йодом, соединяют гребешки подвздошных костей: этому уровню соответствует промежуток между III и IV поясничным позвонком; иглу следует вводить в этом месте или в позвонок выше или ниже. Продезинфицировав тщательно йодом место предполагаемого укола, вводят под кожу 1 мл 0,25% раствора новокаина или по участку кожи в месте предполагаемого укола постукивают раз 30 кусочком ваты, смоченной эфиром, что тоже дает анестезию. После этого врач, предварительно тщательно подготовив руки, ощупывает выступающий остистый отросток III поясничного позвонка и тут же, скользя по его краю, придерживаясь средней линии, начинает вводить простерилизованную иглу, придавая ей горизонтальное положение и направляя ее несколько вверх. Когда межостистый хрящ проколот, игла идет свободно до твердой мозговой оболочки, дающей обычно при проколе едва заметное, но отчетливое ощущение препятствия. Получается ощущение проникновения в полость, после чего иглу дальше не вводят, мандрен извлекают, и из отверстия иглы вытекает жидкость.

Для диагностических целей достаточно набрать в пробирку 10 мл жидкости, отмечая давление, под которым жидкость вытекает, степень ее прозрачности и бесцветности В норме спинномозговая жидкость имеет вид дистиллированной воды и вытекает с частотой приблизительно 60 капель в минуту. При повышенном давлении капли могут сливаться в отвесную струю или даже вытекать дугообразной струей.

В патологических случаях жидкость иногда приобретает желтоватый оттенок (ксантохромия) или становится совсем мутной, что наблюдается при гнойном воспалении мозговых оболочек.

При извлечении иглы место укола заклеивают ваткой с коллодием. В течение 2—3 часов после пункции боль-

ной должен лежать на животе, причем подушку под голову ему не кладут. Больному запрещают вообще вставать с кровати в течение суток. Однако несмотря на выполнение всех этих предосторожностей, у некоторых больных, особенно у лиц с неустойчивой нервной системой, через несколько часов после пункции может появиться общая слабость, головная боль, боль в спине, тошнота, иногда рвота, задержка мочеиспускания, т. е. явления раздражения мозговых оболочек.

В этих случаях назначают внутривенное вливание 5 мл 40% раствора уротропина, а внутрь антиневралгические препараты (амидопирин, фенацетин, антипирин).

Уход за психически больными и их лечение

Обслуживание психически больного начинается с момента его появления в приемном покое. Персонал приемного покоя, как правило, состоит из дежурного врача, медицинской сестры и санитарки. Работа медицинского коллектива приемного покоя должна быть четкой, слаженной, оперативной, так как в приемный покой прибывают больные с различной тяжестью психического расстройства. Больных, которые сознательно относятся к своему состоянию и желают лечиться, помещают по указанию врача, как правило, в спокойные отделения больницы. Некоторых больных приводят в приемный покой родственники, некоторых доставляют по срочным, жизненным показаниям. В условиях большого города крайне беспокойных больных доставляют в специальных машинах для перевозок психически больных. В психиатрической больнице таких больных помещают в полубеспокойные и беспокойные отделения.

Таким образом, персонал приемного покоя обслуживает больных всех отделений больницы.

Больных, поступающих в психиатрическую больницу, распределяют не по формам болезни (как в соматических больницах), а по состоянию.

Общие правила подхода к психически больным. Правильный подход к психически больному и установление необходимого контакта между ним и медицинским персоналом, помогающим в уходе за больным и его лечении, невозможны без достаточной выдержки, такта, терпения и чуткости по отношению к больному, которые

в одинаковой степени должны проявлять и медицинская сестра, и санитары, и санитарки. Необходимый контакт с больным начинают устанавливать с момента поступления его в приемный покой. В зависимости от состояния больного дежурная сестра и санитарка приемного покоя активно помогают в выполнении обязательных правил для всех поступающих в психиатрическую больницу. Кроме общепринятых измерения температуры и выяснения состояния его внутренних органов, осуществляемых дежурным врачом, абсолютно обязательным является телесный осмотр. С этой целью больного раздевают, медицинская сестра помогает врачу выяснить, нет ли ссадин, кровоподтеков, повреждения костей у больного, доставленного в состоянии психомоторного возбуждения. Все обнаруженные повреждения тщательно заносят в историю болезни. Сестра вместе с санитаркой осматривает вещи больного и его одежду, после чего она тут же отбирает их и взамен дает больничный халат или пижаму.

На протяжении всего пребывания больного в приемном покое персонал внимательно следит за тем, чтобы больной не смог пронести в больничное отделение ничего, что могло бы быть им использовано для самоповреждения или намеренной бредовой агрессии в отношении окружающих. Больные, страдающие наркоманией, подвергаются особо тщательному осмотру, вплоть до полости рта, волосистой части головы, ушей с тем, чтобы они не смогли пронести наркотики с собой в отделение.

Основное правило, которого должен постоянно придерживаться средний и младший обслуживающий персонал, — четкое выполнение назначений врача. Без назначения врача нельзя давать ни добавочное успокаивающее средство (например, снотворное), ни переводить больного из одной палаты в другую или с кровати на кровать, ни разрешать прогулку. Однако это совсем не значит, что медицинская сестра не может проявить инициативу и высказать свое мнение по поводу состояния больного. Наоборот, медицинские сестры, находясь постоянно у постели больного, имеют больше возможности наблюдать все особенности его настроения, поведения и симптомы проявления болезни и должны о всех замеченных ими изменениях в состоянии больного немедленно сообщать врачу.

Правильный подход и особенности ухода за психически больными немыслимы без знания основ психиатрии. Всякое высокомерие в этом отношении, зазнайство, переоценка своих знаний персоналом, долгие годы работавшим в психиатрической больнице, могут принести огромный вред больному. В этом смысле ложное убеждение в возможности без назначения врача изменять режим содержания больного может быть причиной несчастного случая.

В практике одного психиатрического лечебного учреждения был такой случай, когда медицинская сестра на свой «опытный глаз» решила, что больную можно пустить на прогулку в сад. Больная формально вела себя правильно, отвечала на все вопросы, не нарушала режима, отрицала какие-либо мрачные мысли и другие болезненные переживания, т. е. другими словами, диссимулировала (преднамеренно скрывала) свои переживания. Сестра несерьезно отнеслась к своим обязанностям, переоценила свои познания в психиатрии и без согласования с врачом, по собственному усмотрению разрешила больной прогулку без усиленного надзора. Больная воспользовалась этим, убежала с прогулки и с целью самоубийства бросилась под поезд

Таким образом, знание основ психиатрии, строжайшая дисциплина, выдержка, зоркая наблюдательность за поведением больных, отсутствие зазнайства и самоуспокоения являются основными требованиями, предъявляемыми к среднему персоналу психиатрического лечебного учреждения и поликлинического (диспансер), и больничного типа.

Умение наладить правильный контакт с психически больными также является важным и необходимым условием работы персонала. От персонала требуется ровное, спокойное, внимательное, чуткое и в то же время строгое отношение, одинаковое ко всем больным. Недопустимо, чтобы к больному вследствие неприятных особенностей его психического состояния персонал относился неприязненно, с антипатией. Всякое проявление злобности, враждебности и даже агрессии со стороны больного должно расцениваться только как проявление болезненного состояния и не должно вызывать у персонала отрицательного или боязливого отношения к нему. Нельзя ни в коем случае повышать голос, быть резким и злобным в обра-

шении с больным, недопустимы грубые окрики, запугивание больного. Громкие переговоры на все отделение, ссоры между персоналом в присутствии больных также недопустимы: они способствуют увеличению напряженности и двигательного возбуждения у больных, а главное роняют авторитет персонала. Необходимо помнить и о том, что больные-кататоники, находящиеся в состоянии полного ступора и как будто бы не реагирующие на происходящее вокруг них, в то же время все очень тонко и четко фиксируют и запоминают. Всякое неосторожно сказанное слово в отношении таких больных (например, «в колонию его надо, он хроник» и т. п.) надолго остается в сознании больного. По выходе из кататонического состояния больные с удивительной точностью рассказывают о поведении персонала.

Часто установление контакта больного с врачом бывает труднее, чем со средним и младшим персоналом. Больные, больше общаясь с медицинской сестрой, привыкают к ней, расценивают ее отношение как доброжелательное и сравнительно редко включают в свои болезненные суждения и бредовые переживания поведение сестры. Сплошь и рядом больные делятся со средним и младшим персоналом такими переживаниями, о которых совершенно не говорят врачу, обращаются к ним за советом, принимают пищу из рук только определенной медицинской сестры или няни. Надо уметь поддерживать это доверие больного. Оно часто помогает врачу в распознавании скрываемых больным переживаний.

Напряженность, бредовые толкования окружающего или галлюцинаторные переживания часто определяют неправильное поведение больного, например, больные, считая себя здоровыми, требуют немедленно открыть двери и выпустить их. Надо чутко и тактично успокоить больного. Другие больные пишут заявления в высшие инстанции о каких-то истязаниях и других видах преследования, которым они якобы подвергаются в стенах лечебного учреждения. Надо не только умело успокоить больного, но и разубедить взволнованного родственника, уверенного в справедливости высказываний больного.

Вся корреспонденция больных (письма, заявления), передаваемая через медицинскую сестру или няню, должна поступать к врачу для ознакомления.

Нельзя больного обманывать. На вопрос об исходе болезни, степени ее излечимости, о сроке выписки, о способе лечения и действии лечебных средств на организм медицинская сестра должна успокоить больного, ни в чем ложном его не убеждая. Всякий обман больного, невыполнение того или иного обещания не только роняют авторитет персонала, но и усиливают недоверие, напряженность, бредовую настроенность больного. Если няня или сестра не может ответить на сложный, но настойчивый вопрос больного, надо выяснить этот вопрос, переговорив с лечащим врачом.

Не все просьбы больного должны выполняться, так как часто даже самая на первый взгляд невинная просьба (дать остро отточенный карандаш или ручку с пером для того, чтобы написать письмо) может скрывать за собой стремление больного использовать эти предметы для нанесения физического повреждения себе или окружающим. С другой стороны, всякая просьба больного, не противоречащая правилам больничного отделения, например, дать почитать книгу, газету, должна быть выполнена в обещанный срок.

Особенно чуткое и сердечное отношение при неослабевающем надзоре надо проявлять к больным, находящимся в состоянии депрессии, со страхами, с бредом виновности. Такие больные находятся в состоянии постоянного двигательного беспокойства, почти беспрерывно обращаются к персоналу, пытаясь убедить медицинскую сестру и няню в своей преступности, виновности, заслуживающей тяжелого наказания. Утешения, уговоры, увещевания, разубеждения обычно не достигают цели. Облегчает состояние больного отвлечение его каким-нибудь трудовым процессом.

Больные с депрессией и моторной заторможенностью, испытывающие мучительную тоску, обычно не в силах обслужить себя: встать, оправить постель, причесаться, поесть, в связи с чем они нуждаются в тщательном уходе и обслуживании. Такие больные склонны к самоубийству, почему и в условиях отделения и на прогулке, днем и ночью должны находиться под неослабевающим надзором персонала. Нельзя забывать о частой наклонности таких больных к диссимуляции (преуменьшению) своих переживаний, а поэтому всякое изменение установленного режима для них может быть введено только с ведома

врача, хотя бы медицинской сестре и казалось, что состояние больного значительно улучшилось.

Больные, поведение которых остается формально правильным, но которые кажутся апатичными, безразлично относящимися к происходящему вокруг них также требуют постоянного наблюдения. Нельзя разрешать больному лежать с накрытой одеялом головой, так как в таком положении, незаметно для окружающих, больной сможет затянуть петлю на шее рукавом сорочки, простыней, полотенцем. Дежурящий в палате персонал должен зорко следить за тем, чтобы полотенце, как ему полагается, висело на видном месте.

Особенно опасны больные шизофренией в состоянии кататонической заторможенности или с систематизированной формой бреда, так как это состояние, как мы уже говорили, может смениться внезапным психомоторным возбуждением с немотивированными агрессивными поступками. Эти больные нуждаются в постоянном надзоре.

Больные с бредом часто скрывают свои болезненные толкования окружающей действительности и свои болезненные мысли, считают себя здоровыми, без достаточных оснований помещенными в больницу. Такие больные могут совершать побеги из больницы, неожиданно проявлять агрессивные действия в отношении других больных и обслуживающего персонала, включая их в свои бредовые переживания. Никогда не следует подтверждать бредовые умозаключения больных и соглашаться с ними, так же как совершенно неуместны и вредны всякие шутливые замечания персонала, небрежно брошенные слова. Необходимо всячески избегать с больными разговоров, которые их раздражают, возбуждают или способствуют развитию бредового мышления. Так обычно действует активное возражение персонала по поводу высказанных бредовых убеждений. Требуется выдержка, спокойствие и терпение во всех случаях, когда больной испытывает потребность рассказать о волнующих его переживаниях. Грубое, резкое, нетерпеливое обращение с такими больными только создает благоприятные условия для углубления бреда.

Больные с состоянием двигательно-речевого беспокойства, суетливости, доходящей до возбуждения, также требуют особого умелого подхода. Так, больные в маниакальном состоянии с постоянным стремлением к дея-

тельности, с непреодолимым желанием во все вмешиваться, по всякому поводу высказывать свои критические замечания, без умолку говорящие, поющие, шумящие, часто возбуждающим образом действуют на других больных, вызывая со стороны последних злобу и раздражение. Маниакальные больные легко сами вступают в ссоры, доходящие до драки, но гораздо чаще являются объектами для нападения на них других больных. В беспокойном отделении больницы (реже в других отделениях) нередко бывают ссоры среди больных. Персонал должен уметь разрядить напряженную обстановку в палате среди больных. Мягкий, тактичный подход к больному, отвлечение его каким-нибудь занятием, как правило, способствуют успокоению.

Необходимо серьезно относиться к распределению больных внутри отделения. Например, ни в коем случае не следует концентрировать в одной палате больных легко возбудимых, эмоционально неустойчивых, страдающих психопатией, наркоманией. Надо считать неудачным совместное помещение нескольких больных эпилепсией, злобных, с наклонностью к расстройствам настроения, а также соседство их с больными, страдающими психопатией. Надо помнить о склонности некоторых больных подражать в болезненных проявлениях друг другу. Так, вслед за истерическим припадком у одного больного возникают припадки и у других больных. Особенно часто наблюдается стремление подражать у умственно отсталых при дебильности и имбецильности, у дементных больных со снижением критики, иногда у больных шизофренией.

Как же должен вести себя средний и младший персонал в тех случаях, когда в отделении разыгралась ссора или драка? В подобных случаях необходимо немедленно вызвать дежурного врача, изолировать больных друг от друга, если необходимо, перевести с разрешения дежурного или лечащего врача одного из ссорящихся в другое отделение.

Обычно очень трудно организовать уход за больными эпилепсией. В силу особенностей своего характера: крайней мелочности, аккуратности, медлительности, — они легко приходят в состояние озлобления, а иногда и ярости, если кто-либо, прикоснувшись, например, к их кровати, помнет их одеяло или если не дадут вовремя ле-

карство, или в той или иной степени изменят распорядок дня. Особенно мстительными и злобными больные эпилепсией становятся в том случае, когда обещание, данное няней, сестрой или врачом, остается невыполненным. Учитывая особенности характера больных эпилепсией, персонал больницы может установить необходимый контакт с ними и предотвратить возникновение конфликта.

При умелом, терпеливом, сердечном отношении к психически больным следует считать совершенно недопустимым излишнюю слащавость и простоватость в разговорах с ними, обращение медицинского персонала к больному на «ты» или «больной», или только по имени «Варя», «Оля» и т. д. Не следует разрешать и больному обращаться к медицинской сестре или няне по имени. К больному следует обращаться или по фамилии, или по имени и отчеству. В уверенном обращении с больными — залог поддержания авторитета персонала, сохранения режима и необходимого порядка в отделении.

Режим. Во всех отделениях больницы, как спокойных, так и беспокойных, существует строго установленный режим дня, который надо рассматривать как одно из лечебных мероприятий, смягчающих болезненные установки и способствующих упорядочению поведения больного. Персонал должен строго и неукоснительно следить за выполнением режима каждым больным.

Для обеспечения распорядка дня и соблюдения больными необходимого режима обслуживающий медицинский персонал должен работать четко и дружно. Пробуждение и подъем больных, туалет, прием пищи, лекарственные процедуры, отдых, лечение трудом и культзанятия, отход ко сну должны происходить в определенное время.

Кроме общего распорядка дня, которому должно подчиняться большинство больных, всегда имеется группа больных с особым режимом, нуждающихся в особом уходе и усиленном надзоре, который должен организовать и обеспечить средний и младший персонал.

Правильная расстановка медицинского персонала является одним из условий, определяющих четкую работу отделения, несмотря на тяжелый состав больных. Недопустимо отвлечение части персонала в часы кормления на другие участки работы, например на передачу про-

дуктов от родственников, на уборку палаты, кабинета, на прогулку. В дневные часы кормления и отдыха больных персонал должен сохранять бдительность и также тщательно наблюдать за больными со стремлением к побегу, к самоистязанию, к самоубийству. Всякая суетливость, растерянность, несогласованность в работе персонала используются больными для изобретательного совершения задуманных нередко агрессивных действий. Дежурный персонал должен быть уведомлен о каждом больном, взятом из отделения на лечебную процедуру или в кабинет врача. Больные, находящиеся под усиленным надзором, должны быть на учете каждую секунду. Больных, упорно отказывающихся от пищи, кормят отдельно (обычно после всех) или из рук персонала, или через зонд (см. ниже).

Соблюдению режима и распорядка дня способствует налаженная в отделении культработа под руководством культорганизатора. Вполне допустима игра на музыкальных инструментах, в шашки, шахматы, домино, читка газет, журналов, художественной литературы. Некоторые виды культурного обслуживания могут в какой-то степени иметь место и в беспокойном отделении (читка газет, журналов, книг). Значительно помогают успокоению больных и смягчению напряженности вечера самодеятельности, концерты и кино. На ряд больных, особенно находящихся в маниакальном состоянии, очень благоприятно действует привлечение их к работе в помощь персоналу (натирка полов, уборка отделения и др).

Содержимое приносимых родственниками передач для больных должно тщательно проверяться. Был случай, когда жена больного по настоянию последнего, боясь ослушаться его, пыталась в булке принести плоскогубцы с тем, чтобы он мог ими открыть дверь отделения и убежать из больницы. Особенно тщательно нужно проверять передачи продуктов больным, страдающим наркоманией, так как родственники иногда пытаются принести вместе с передачей наркотики.

Внешний вид обслуживающего медицинского персонала имеет большое значение. Одежда должна отличаться строгостью и скромностью. Никаких украшений в виде яркого маникюра, накрашенных губ, булавок, колец, серег, браслетов, брошек у персонала не должно быть, особенно при обслуживании полубеспокойных и беспо-

койных отделений. Халат должен быть всегда аккуратно застегнут на все пуговицы, волосы гладко причесаны и подобраны под косынку. Ключ от дверей отделения персонал обязан носить в кармане халата привязанным, так как иначе больные могут похитить ключ. Обувь должна быть легкой, желательно на низком каблуке, чтобы не испытывать затруднений в случае необходимости быстрого передвижения (побежать к больному, которому необходима помощь, и т. п.).

В приемном покое каждого больного независимо от состояния (спокоен он или беспокоен) подвергают тщательной санитарной обработке (сестра или няня под контролем фельдшера), осматривают волосистые части тела и при обнаружении антисанитарного их состояния стригут волосы и обрабатывают эти части тела серой ртутной мазью. При приеме больного наркоманией тщательно осматривают все вещи, самого больного, волосы, подмышечные впадины, полость рта, куда эти больные изобретательно прячут наркотики. Все вещи и деньги у больного отбирают и передают на хранение, а взамен выдают больничную одежду. Никаких острых предметов (лезвия, маникюрные ножницы, перочинные ножи) оставлять у больного не разрешается, если даже его помещают в спокойное отделение. Папиросы и продукты персонал приемного покоя передает дежурной или старшей сестре того отделения, куда поступает больной. При санитарной обработке и осмотре очень беспокойного больного вызывают на помощь санитара или няню соответствующего отделения. Нередко бывает, что в приемный покой одновременно поступает несколько больных в различном по тяжести состоянии: беспокойные с речевым или двигательным возбуждением, внешне спокойные и доверчивые. В такие минуты работа персонала приемного покоя становится весьма напряженной. Персонал не должен отвлекаться ничем посторонним. Надо зорко следить за тем, чтобы дверь приемного покоя была заперта на ключ, не оставлять больного без надзора у открытого окна. Бывали случаи, когда больным удавалось бежать из приемного покоя.

По общему правилу психиатрических больниц больному, поступившему в любое отделение, независимо от состояния, назначают первые 2—3 дня постельный режим, за чем обязан следить персонал отделения.

Прогулки в первые дни не разрешаются. Больной с первого дня поступает в наблюдательную палату, где персонал ведет тщательное за ним наблюдение, изучая особенности его поведения. Дежурная сестра отделения обязана знать по фамилии (лучше по имени и отчеству) больных своего отделения, их точное распределение по палатам и внутри палаты.

В каждом отделении в комнате медицинской сестры и фельдшера должен быть список больных, находящихся под усиленным надзором. Обычно это больные с мыслями о самоубийстве, с упорным отказом от пищи, со стремлением к побегу, к самоистязанию, с эпилептическими или истерическими припадками. Фамилии таких больных обязаны знать не только сестра, но и няни. С приходом новой смены отработавшая смена должна рассказать подробно о всех больных, состояние которых изменилось или продолжает оставаться тяжелым. Больные, находящиеся под усиленным надзором, все время должны быть под непрерывным наблюдением сестры или няни: так, если больной с мыслями о самоубийстве или со стремлением к побегу, или с частыми судорожными припадками пошел в уборную, няня или сестра должны неотлучно сопровождать его и наблюдать за ним. Если он слишком долго задерживается в уборной, то через наблюдательное окно надо убедиться в том, что с больным ничего не случилось. Во время прогулок или при отправлении на физиотерапию, водолечение или в лабораторию больные остаются под тщательным строгим наблюдением персонала. Парикмахер должен брить больных только безопасной бритвой и в присутствии медицинского персонала.

Больных, отказывающихся от еды, необходимо уговорить самостоятельно поесть или попытаться покормить из рук, а если и это не удается, то приходится во избежание истощения прибегать к искусственному кормлению через зонд. Зонд представляет собой мягкую резиновую трубку диаметром около 0,5 см. Перед введением его необходимо прокипятить или обмыть горячей водой с содой. Конец зонда, который вводят в рот или нос, закруглен и имеет боковые отверстия. Этот конец зонда, прежде чем вводить, необходимо смазать вазелином или глицерином. Второй конец зонда должен быть открытым, на него надевают воронку (рис. 36).

Кормить больного через зонд может только врач или очень опытная медицинская сестра, но в последнем случае обязательно в присутствии врача. Большинство больных оказывает резкое сопротивление кормлению, а поэтому необходим и персонал, удерживающий больного. Для кормления при помощи зонда лучше больного уложить на спину в постель, но это можно делать и в



Рис. 36. Кормление при помощи зонда через нос.

положении больного сидя. Тогда производящий кормление держит голову больного, стоя сзади него, как это изображено на рис. 36. Зонд можно вводить через рот или через нос. Если при введении зонда через рот предварительно не вставить роторасширитель, то конец зонда может быть прикушен или даже откушен больным, возможность чего исключена при введении зонда через нос. Поэтому чаще пользуются последним способом. Прежде чем вводить зонд через нос или через рот, необходимо убедиться в том, что у больного нет значительного искривления носовой перегородки или полипов, часто делающих прохождение зонда невозможным. Перед кормлением следует осмотреть ротовую полость больного и при наличии съемного зубного протеза вынуть его изо рта. Введя резиновую трубку на длину 50—55 см, надо убедиться в том, что конец ее действительно попал в полость желудка, а не в дыхательное горло. Если зонд попадает в верхние дыхательные пути, бронхи, лицо

больного становится цианотичным (синюшным), дыхание крайне затрудненным, двигательное сопротивление резко усиливается. В таких случаях надо немедленно вынуть введенный зонд. При правильном введении зонд проходит носовую полость, глотку, пищевод и, наконец, довольно свободно, без применения чрезмерных усилий, попадает в желудок. Нередко затруднения встречаются в начале введения, когда больной, сопротивляясь, производит повторные рвотные движения и выталкивает зонд из верхней части пищевода в ротовую полость. В этих случаях надо заставить больного дышать через нос.

Имеется несколько показателей правильного попадания зонда в желудок: 1) больной продолжает свободно дышать; 2) нет цианотичной окраски лица; 3) введенное шприцем через свободный конец зонда небольшое количество воздуха, попадая в желудок, дает характерный звук наподобие урчания; 4) небольшое количество жидкости ($^1/_4$—$^1/_2$ стакана воды), введенное через воронку, медленно проходит из воронки через зонд в желудок.

Только после того, как производящий кормление убедился в том, что зонд введен правильно, он дает распоряжение влить (или сам вливает) в воронку питательную смесь, причем вливание должно происходить медленно, для чего воронку нужно приподнимать не слишком высоко. Количество питательной смеси, вводимое один или два раза в сутки, должно быть не менее 300 г, но и не более 1 л при каждом кормлении. После того как питательная смесь введена, зонд удаляют из желудка быстрым движением, чтобы остатки смеси в зонде при его удалении не попали в дыхательные пути. Поэтому рекомендуется после прохождения смеси подождать в течение нескольких секунд, чтобы остатки ее проникли в желудок, и только после этого удаляют зонд.

Чтобы больной не попытался рвотным движением удалить введенную в желудок жидкость, рекомендуется после удаления зонда из носа удерживать больного в горизонтальном положении.

Питательная смесь для искусственного кормления должна содержать необходимое количество белков, жиров, углеводов, витаминов и соли. Обычно эта смесь состоит из 500 г молока, 2 сырых яиц, 50 г сахара, 20—30 г масла, 5—10 г поваренной соли, поливитаминов. Нередко к питательной смеси прибавляют необходимые лекарст-

ва, которые больной отказывается принимать. Так как отказ от пищи часто носит затяжной хронический характер и может длиться в течение нескольких месяцев и даже до 1 года и больше, приходится прибегать к параллельному введению внутривенно 40% раствора глюкозы с витамином С. Иногда кормление через зонд чередуют с питательными клизмами, которые состоят из 200—300 г питательной смеси, содержащей молоко, яйца, сахар и жиры; ее вводят в прямую кишку после очистительной клизмы.

Для усиления всасывания питательной смеси в прямой кишке следует рекомендовать к питательной клизме прибавлять несколько капель йодной настойки. Для того чтобы клизма лучше удержалась и все необходимое содержимое целиком всосалось в прямой кишке, надо прибавить 2—5 капель настойки опия.

Этот способ искусственного кормления технически более прост, но из-за неполной всасываемости жидкости в толстых кишках и более легкой возможности выпустить введенное недостаточен для пополнения питания и предотвращения истощения, почему и применяется значительно реже, чем кормление через зонд. В борьбе с отказом от пищи иногда помогает лечение малыми дозами инсулина (4—8 единиц в день), которое назначается только врачом.

Кормление больных через зонд назначает только врач в случаях упорного отказа от приема пищи. Во всех тех случаях, когда отказа от приема пищи нет, но больной хронически недоедает и истощается вследствие общей заторможенности (например, при циркулярной депрессии) или при тяжелых органических психозах (артериосклероз с кровоизлияниями, старческий психоз), необходимо кормление производить систематически из рук персонала. Если у больного нет зубов или вследствие общей слабости или расстройства сознания он не может прожевывать пищу, необходимо давать протертую или кашицеобразную еду, внимательно следя за тем, чтобы она проглатывалась больным, а не скапливалась во рту.

Слабоумные больные, например прогрессивным параличом, бывают прожорливы. Медицинский персонал должен следить за употреблением пищи такими больными и ограничивать количество еды, не допуская, что-

бы они съедали порцию медлительных, растерянных больных.

Больные шизофренией вследствие негативизма склонны отказываться от пищи. В таких случаях надо оставить пищу около больного и отойти в сторону. Нередко через некоторое время больной самостоятельно съедает все полностью. В часы приема пищи—утренние, обеденные, предвечерние—необходимо расставить персонал так, чтобы ни в коем случае не был ослаблен надзор за больными, требующими усиленного наблюдения.

За деятельностью кишечника и мочевого пузыря у больных необходимо наблюдать так же тщательно и терпеливо, как и за питанием. Нельзя полагаться только на слова больного. Обслуживающий персонал должен быть абсолютно уверен в том, что у больного кишечник и мочевой пузырь действуют исправно. Часто вследствие особого состояния психики больные задерживают акт дефекации и мочеиспускания (особенно в состоянии кататонии). Хронические задержки стула могут наблюдаться у депрессивных больных вследствие общего ослабления всех важнейших функций организма, в том числе и сократительной деятельности кишечника. Запорам способствует длительное пребывание в постели, прием препаратов опия, парализующего моторную функцию кишечника. Во всех таких случаях необходимо делать простые, мыльные или солевые (гипертонические) клизмы, чтобы опорожнение кишечника у больного происходило ежедневно. С другой стороны, больные с тяжелыми органическими поражениями головного мозга, со снижением интеллекта (критики, памяти, соображения), с одновременным поражением сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки (больные с прогрессивным параличом в последней стадии, старческим психозом, с тяжелой формой артериосклероза с кровоизлияниями) страдают недержанием мочи и кала, испражняются и мочатся под себя. Естественно, что такие больные требуют самого тщательного ухода персонала, так как загрязнение кожи ведет к ее заражению. При длительном неподвижном лежании и одновременном истощении больного у него образуются пролежни и на их месте развивается нагноение. Во всех таких случаях больным необходимо под простыню подкладывать клеенку, немедленно менять испачканное белье и как можно чаще делать гигиениче-

ские ванны. Следует в определенные часы предлагать больным судно или мочеприемник, а больных, которые могут передвигаться, надо водить в уборную. Для предотвращения пролежней необходимо больных чаще поворачивать, чаще стряхивать крошки пищи с постели, тщательно расправлять все малейшие складки на простыне.

При первых же симптомах начинающегося пролежня (стойкое покраснение кожи в области крестца, ягодиц и других частей тела) необходимо подкладывать под соответствующие места резиновые круги или подушки и тщательно протирать эти места (несколько раз в день) камфарным спиртом или посыпать тальком.

Как правило, больные, страдающие недержанием мочи и кала, лежат все вместе в палатах для слабых больных. Отсутствие запаха кала и мочи в этих палатах является показателем хорошего, добросовестного их обслуживания.

Особого ухода требуют больные, находящиеся в состоянии измененного сознания. Надо следить за опорожнением кишечника и мочевого пузыря, за гигиеническим состоянием рук, лица, умывать больных, протирать рот марлей, следить за своевременным и достаточным приемом пищи. Психически больные, особенно долго находящиеся в беспокойном отделении больницы, нередко вызывают чувство опасения, робости у вновь поступивших на работу. Но при правильной расстановке персонала в беспокойном отделении, при четкой и слаженной работе, высокой сознательности, добросовестном отношении к своим обязанностям, дисциплинированности опасность работы в отделении крайне ничтожна. Однако надо уметь обращаться с остро беспокойными больными, уметь к ним подойти.

Состояния резкого психомоторного возбуждения могут наблюдаться при ряде психозов: при шизофрении, прогрессивном параличе, циркулярном психозе в маниакальной стадии, при острых интоксикациях и инфекционных заболеваниях (например, при алкогольной белой горячке или аментивном состоянии в течении тяжелой формы сыпного тифа). Особенно тяжелые возбуждения наблюдаются у больных эпилепсией в состоянии измененного сознания (сумеречное состояние сознания или расстройство настроения).

Каков же должен быть подход к беспокойному больному и какие мероприятия необходимы для уменьшения или прекращения возбуждения?

У многих лиц, даже у медицинского персонала, ранее не работавшего в психиатрической больнице, существует убеждение, что в отношении таких больных применяют меры стеснения, например привязывают к кровати. Никакими подобными «смирительными» мерами современная психиатрическая больница не пользуется В условиях беспокойного отделения выделяется особая палата для резко беспокойных больных, в которой имеется дополнительный медицинский персонал (санитары), обеспечивающий наблюдение за такими больными. Из лекарственных средств чаще всего прибегают к даче аминазина (по 25—100 мг и более в сутки) внутримышечно или внутрь.

При депрессии с двигательным беспокойством и тревогой (так называемой ажитированной депрессии) хорошее действие оказывает:

Rp: Sol. Barbamyli 5% 6,0
Sol. Coffeini natrio-benzoici 10% 2,0
Sterilisetur
MDS. По 3—5 мл для внутримышечной инъекции в течение 10—18 дней

или

Rp. Inf. Leonuri cardiaci 6,0 : 200,0
Medinali 0,3
Natrii bromati 3,0
Codeini ph. 0,2
Inf. Valer. 10,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

При состоянии полной обездвиженности—ступоре назначают:

Rp. Sol. Coffeini natrio-benzoici 10% 10,0
Sterilisetur
DS. 1—2 мл подкожно

или кислород подкожно 200—300 см^3 через день, всего 10 раз. Полезно также:

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. in ampul. N. 10
DS. Ежедневно по 10 мл в виде внутривенных вливаний

Каким же образом дать больному лекарство, если он находится в состоянии психомоторного возбуждения и отказывается от приема его? Иногда больного удается уговорить выпить лекарство, в противном случае приходится прибегать к инъекциям или к введению жидкости в клизме. Инъекция удается, если больного удерживать в таком положении, чтобы он не мог во время процедуры выдернуть руку, выбить из рук шприц с иглой или ударить кого-нибудь из персонала. С этой целью несколько человек (2—3 няни или санитара) удерживают больного в положении лежа на спине, крепко фиксируя руку, в которую будет сделана инъекция, или соответствующую ногу, если инъекция предполагается в ягодицу. При введении лекарственных веществ через задний проход больной должен лежать на боку с подогнутыми к животу ногами. После введения лекарственной клизмы надо в течение нескольких секунд задержать баллон или наконечник в прямой кишке; по удалении его из заднего прохода плотно зажать руками обе ягодицы, чтобы больной не мог выпустить содержимое и введенное лекарство успело бы всосаться.

Вслед за введением в лечебную практику нейролептических средств проблема борьбы с психомоторным возбуждением, его купированием в целом разрешена. Отечественные нейролептические препараты пропазин, аминазин в дозе от 100 до 150 мг купируют в первые же дни их применения психомоторное возбуждение независимо от его характера.

Благоприятные результаты получены при курсовом применении аминазина (в среднем от 2 до 3 месяцев) при различных формах психических заболеваний—шизофрении, циркулярном и пресенильном психозах.

Кроме указанных лекарственных веществ, больного успокаивают теплые ванны (35—37°). Особенно показаны длительные ванны (в течение часа и дольше) при возбуждении маниакальных больных. При применении длительных ванн необходимо тщательно следить за деятельностью сердца (за пульсом); на голову рекомендуется класть полотенце, смоченное холодной водой. В течение длительной водной процедуры нужно время от времени подливать горячую воду, чтобы температура воды не падала ниже 35°. Длительные ванны как средство, успокаивающее психомоторное возбуждение, могут



Рис. 37. Удерживание беспокойного больного.

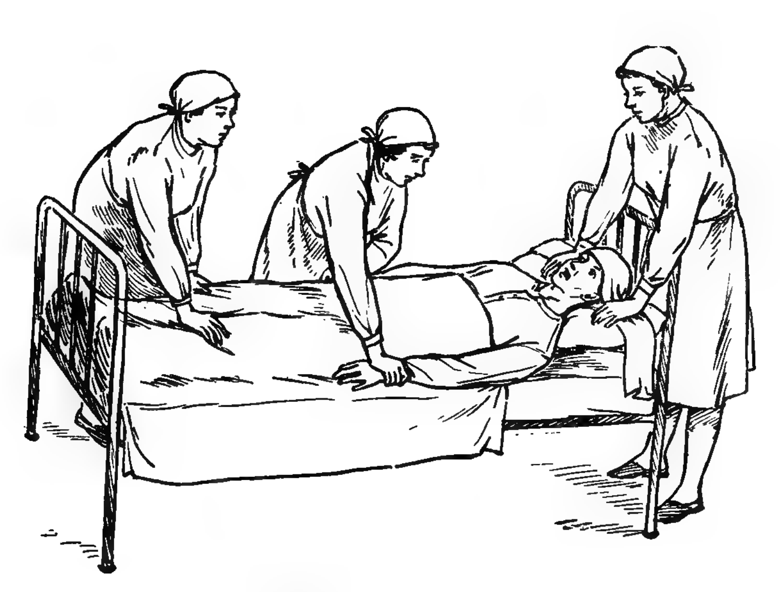


Рис. 38. Удерживание беспокойного больного.

быть назначены только врачом, и никакое самовольное удлинение водной процедуры средним медицинским персоналом недопустимо.

В случаях длительного резкого возбуждения со стремлением к агрессивным действиям в отношении окружающих и когда острое возбуждение развивается совсем неожиданно в отсутствие врача, необходимо до прихода дежурного врача удерживать больного. Для этого нужно не менее двух человек: один удерживает ноги, а другой руки больного (рис. 37), или один удерживает руки и ноги больного, а другой держит голову и плечи. Голову надо удерживать во избежание попыток укусить самого себя или персонал. Если больного удерживают три человека, то один удерживает голову, другой — обе руки у кистей, третий — обе ноги (рис. 38). Если беспокойного больного надо перевести из палаты в палату или привести в кабинет врача, применяют следующий способ: подходят к больному со стороны спины, берут его за руки, складывают их крест-накрест и идут с ним рядом (рис. 39). Идти сзади не рекомендуется, так как больной может ударить ведущего ногой или головой. Во избежание удара головой надо крепко скрещенные на спине руки больного поднять как можно выше. При наличии двух санитаров каждый из них берет больного за одну руку, причем одной рукой берет ее около кисти с передней стороны, другой — выше локтя в области плеча с задней стороны. Обе руки больного должны быть максимально вытянуты в стороны и подняты на уровень плеч, чтобы больной не мог ударить головой.



Рис. 39. Перевод беспокойного больного с одного места на другое.

Если возбуждение больного достигает резкой степени или если больной, вооружившись чем-нибудь и обо-

роняясь, грозит нападением и ударом каждому, кто подойдет, необходимо приблизиться к нему, держа перед собой одеяло, одним движением быстро накинуть его и удерживать больного в постели.

Сделать инъекцию аминазина (100—150 мг внутримышечно).

Психомоторное возбуждение у больных эпилепсией нередко бывает опасно для окружающих, так как в состоянии измененного сознания у больного наблюдаются устрашающие галлюцинации и он, защищаясь, приходит в состояние неистовства, буйства. Чтобы удержать такого больного, нередко требуется 5—6 человек. При отсутствии надлежащего количества санитаров можно прибегнуть к помощи выздоравливающих больных.

Раньше резко возбужденного больного помещали в отдельную комнату (изолятор), в настоящее время это не применяется, так как изоляция усиливает возбуждение и злобность больного, ухудшает его психическое состояние.

Возбуждение в период дистрофии при сумеречном состоянии сознания, так же как и эпилептическое состояние (статус), купируется аминазином или пропазином (100—200 мг внутримышечно).

Во время ночных дежурств от персонала психиатрических больниц требуется особая бдительность. В течение ночи дежурный должен несколько раз обойти кровати больных, требующих особого надзора, и убедиться в том, что они находятся на месте. Если больной встал ночью, чтобы пойти в уборную, необходимо проследить его возвращение обратно в палату.

В обязанность дежурного медицинского персонала—сестры, фельдшера отделения—вменяется четкая запись о поведении и состоянии больного в особый дневник, с содержанием которого врач знакомится ежедневно утром, до обхода всех больных Особенно подробно должно быть записано всякое изменение в состоянии больного, его высказывания, свидетельствующие о наличии тех или иных тягостных мыслей, намерений. Надо уметь описать характер припадка, чтобы врач по записи мог судить о том, был ли это эпилептический или истерический припадок.

Всякие особые происшествия в отделении: ссоры, нападения больных друг на друга и на персонал, неожи-

данные состояния возбуждения, попытки к самоубийству должны быть занесены в дневник поведения больных.

Медицинская сестра, передавая дежурство в присутствии всего персонала (врачи, няни, фельдшера и санитары), подробно знакомит всех с событиями, имевшими место в течение дежурства, и еще раз напоминает список больных, нуждающихся в особом уходе и надзоре. Сестра, принимающая дежурство, должна проверить целость запора аптечного шкафа, наличие в последнем необходимого набора экстренных средств и инструментария (камфара, кофеин, шприц, иглы и т. д.).

Работа среднего и младшего персонала психоневрологических диспансеров и больниц при правильной организации и непременной дисциплине, в тесном контакте с врачом обеспечивает выздоровление от многих психических болезней с возвращением к социально полезному труду.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

ВВЕДЕНИЕ

В современной клинической медицине изучение кожных и венерических болезней имеет важное значение.

Кожные болезни, как это установлено многими наблюдениями и исследованиями, почти всегда связаны с различными нарушениями деятельности единого и целостного человеческого организма. Заболевания кожи часто возникают в результате болезней внутренних органов, приема различных медикаментов, воздействия на кожу разных раздражителей в процессе работы. Поэтому знание кожных заболеваний необходимо каждому медицинскому работнику. Медицинские сестры должны быть знакомы с проявлениями кожных болезней, должны уметь лечить этих больных под руководством врача и ухаживать за ними.

Венерические болезни имеют большое социальное значение. В капиталистических странах они порождаются самим эксплуататорским строем общества, и поэтому широко распространены. В Советском Союзе и других социалистических странах венерические болезни утратили свой социальный характер и заболеваемость ими резко снизилась. Но венерические болезни еще не исчезли у нас полностью. Распространение их поддерживается отдельными лицами, ведущими аморальный образ жизни, пьяницами, тунеядцами, хулиганами. Поэтому медицинские работники должны быть хорошо осведомлены о венерических болезнях и способах борьбы с ними. Медицинские сестры должны знать проявления венерических болезней и пути заражения ими, должны уметь под руководством врача лечить больных этими заболеваниями и ухаживать за ними.

Советская наука о кожных и венерических болезнях уделяет особое внимание профилактике этих заболеваний. Медицинским работникам необходимо хорошо знать, как построена в Советском Союзе система борьбы с венерическими и кожными болезнями и уметь активно участвовать в этой борьбе.

В борьбе с венерическими и кожными заболеваниями на медицинских сестер ложатся важные и ответственные задачи. От умелого и честного выполнения медицинскими сестрами своих обязанностей во многом зависит успех в борьбе с венерическими и кожными болезнями в нашей стране.

КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ

§ 1. АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ КОЖИ

Кожа, покрывающая все тело человека, играет очень важную роль в защите организма от неблагоприятных влияний внешней среды и в процессах обмена веществ.

Строение кожи

Кожа состоит из трех слоев: 1) наружного — эпидермиса, 2) собственно кожи, или дермы, и 3) подкожножировой клетчатки (рис. 40).

Эпидермис. Эпидермис состоит из эпителиальных клеток. Если рассмотреть в микроскоп тонкий срез кожи, то можно видеть, что в эпидермисе есть 5 отдельных слоев: 1) зародышевый, 2) шиповидный, 3) зернистый, 4) блестящий и 5) роговой (рис. 41).

Зародышевый, или базальный, слой лежит непосредственно на собственно коже, или дерме. В этом слое происходит размножение клеток эпидермиса. Клетки зародышевого слоя имеют цилиндрическую форму, расположены в виде одного ряда. В них содержатся зерна пигмента меланина. От количества меланина зависит более светлая или более смуглая окраска кожи.

Шиповидный слой состоит из нескольких рядов многоугольных клеток со светлым ядром. Клетки зародышевого и шиповидного слоев не прилегают вплотную друг к другу, а разделены узкими промежутками—межклеточными канальцами. По этим канальцам протекает тканевая жидкость, приносящая клеткам эпидермиса

питательные вещества и уносящая от них продукты обмена веществ. Клетки зародышевого и шиповидного слоя соединяются между собой протоплазматическими мостиками.

Зернистый слой состоит из 1—3 рядов продолговатых клеток с маленьким светлым ядром и с многочисленными зернистыми включениями в протоплазме. Эти включения

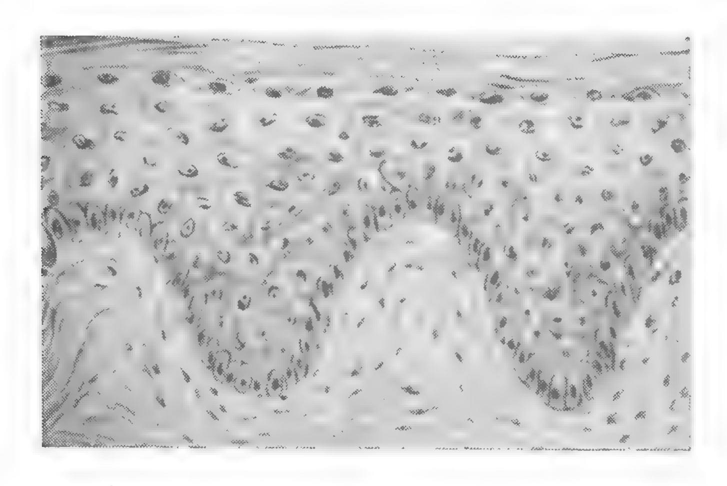


Рис. 41. Строение эпидермиса.

представляют собой особое белковое вещество (кератогиалин) — начальный продукт процесса ороговения клеток эпидермиса.

Блестящий слой имеет 1—2 ряда плоских клеток, лишенных ядер и содержащих элеидин—белковое вещество, образующееся при дальнейшем развитии процесса ороговения клеток эпидермиса.

Роговой слой состоит из тонких роговых пластинок, плотно прилегающих друг к другу и содержащих кератин, или роговое вещество—конечный продукт процесса ороговения.

Собственно кожа, или дерма. Находится она непосредственно под эпидермисом. Дерма состоит из соединительнотканных волокон, клеток и основного межклеточного вещества. Соединительнотканные волокна образуют пучки, переплетающиеся в коже в различных

направлениях, что придает коже большую прочность. Клеточных элементов в дерме немного. Основное межклеточное вещество заполняет пространство между соединительнотканными волокнами и клетками. Оно играет очень большую роль в обмене веществ и препятствует проникновению в кожу патогенных микробов.

Подкожножировая клетчатка, или гиподерма. Подкожножировая клетчатка состоит из пучков соединительной ткани, переплетающихся в виде сетки, ячейки которой заполнены скоплениями жировых клеток.

Кровеносные и лимфатические сосуды. Кровеносные сосуды кожи образуют хорошо развитую систему кровоснабжения. Артериальные сосуды образуют одно сплетение на границе гиподермы и дермы и другое в верхней части дермы. От этих сплетений отходят многочисленные веточки, питающие ткани кожи. Венозные и лимфатические сосуды идут параллельно артериям.

Кровеносные сосуды кожи под влиянием внешних воздействий (тепло, холод, механические и химические раздражения) и изменений нервно-психического состояния (страх, гнев, радость и пр.) легко изменяют свой просвет, суживаясь или расширяясь.

Нервы кожи. В коже имеется много нервных волокон и нервных окончаний. В подкожножировом слое имеется нервное сплетение, от которого отходят нервные веточки к волосяным мешочкам, сальным и потовым железам, мышцам, сосудам и пр. Больше всего в коже чувствительных нервов со свободными нервными окончаниями или специальными нервными концевыми аппаратами. По мнению ученых, свободные нервные окончания воспринимают ощущение боли, а разнообразные концевые аппараты—другие раздражения: тепло, холод, прикосновение, давление.

Мышцы кожи. В коже имеются гладкие, непроизвольные мышцы. Это мышцы, поднимающие волос, и мышечные волокна в стенках сосудов и потовых желез. В коже лица есть поперечнополосатые мышцы — мимические мышцы, придающие лицу подвижность и выразительность.

Потовые и сальные железы. Потовые железы имеют трубчатое строение (см. рис. 40) и состоят из тела железы, имеющего вид трубки, свернутой в клубок, и выводного протока. Клубочек железы находится в гиподерме

или в нижней части дермы, выводные протоки открываются на поверхности кожи. Больше всего потовых желез в коже ладоней, подошв, мякоти пальцев рук и ног, подмышечных и паховых складок. Кроме обычных, или *эккриновых*, потовых желез, в коже подмышечных впадин, а также половых органов и заднего прохода имеются *апокриновые* потовые железы. Они крупнее эккриновых и открываются в верхней части волосяных мешочков. Апокриновые железы связаны с функцией половых желез, их деятельность начинается в период полового созревания.

Сальные железы имеют мешотчатое строение. Их выводные протоки открываются в верхней части волосяных мешочков, реже на поверхности кожи. Сальные железы наиболее многочисленны на голове, лице, верхней части спины.

Полное развитие сальных желез происходит во время полового созревания.

Волосы. У человека существует три типа волос: 1) длинные (волосистая часть головы, усы и борода, подмышечные впадины, лобок и наружные половые органы); 2) щетинистые (брови, ресницы, наружный слуховой проход, вход в нос); 3) пушковые (на остальных участках). Различают свободную, или воздушную, часть волоса, возвышающуюся над уровнем кожи, и корневую часть, скрытую в коже. Корень волоса окружен волосяным мешочком (фолликулом). В нижней части корня волоса находится *луковица*, являющаяся местом размножения клеток волоса. К ней примыкает *сосочек волоса*, в составе которого имеются кровеносные сосуды и нервные волокна, питающие волос. В верхней части волосяного фолликула открывается одна или несколько сальных желез. Сокращение мышцы, поднимающей волос, выпрямляет волос и выдавливает из волосяного мешочка секрет сальных желез.

Ногти. Это плотные роговые пластинки на тыльной поверхности концевых фаланг пальцев рук и ног. Они защищают концевые фаланги от механических повреждений. Боковые и задний края ногтевой пластинки окружены кожной складкой—*ногтевыми валиками*. Ноготь лежит на *ногтевом ложе*. Скрытая под задним ногтевым валиком часть ногтевой пластинки служит местом образования ногтевой пластинки.

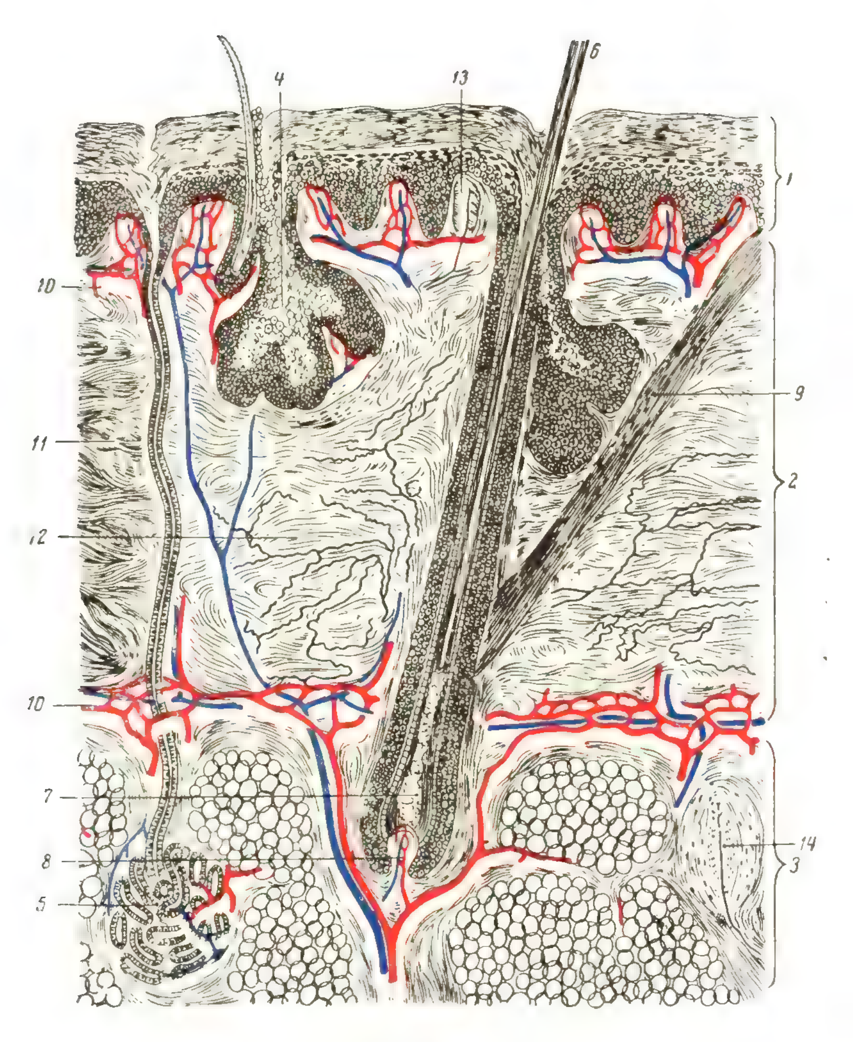


Рис. 40. Строение кожи.

1 — эпидермис; *2* — собственно кожа; *3* — подкожножировая клетчатка; *4* — сальная железа; *5* — потовая железа; *6* — волос; *7* — волосяная луковица; *8* — волосяной сосочек; *9* — musculus arrector pili; *10* — кровеносные сосуды; *11* — коллагеновые волокна; *12* — эластические волокна; *13* — тельце Мейсснера; *14* — тельце Фатер—Пачини.

Физиология кожи

Кожа находится в неразрывной связи со всем организмом человека и играет большую роль в выполнении многих важных функций его. Эта связь осуществляется через нервную систему, кровообращение, железы внутренней секреции и через другие регулирующие механизмы. Кожа принимает важное участие в процессах обмена веществ—водно-минеральном, белковом, жировом и углеводном, в обмене витаминов (А, С, D и комплекса В).

Кожа — орган чувств. Благодаря многочисленным нервным окончаниям и концевым нервным аппаратам, заложенным в коже, она способна воспринимать и передавать в центральную нервную систему раздражения от различных внешних воздействий. В коре головного мозга эти «сигналы» превращаются в ощущение тепла, холода, прикосновения, давления, боли и др. Функция кожи как органа осязания вместе с другими органами чувств позволяет человеку правильно ориентироваться во внешней среде.

Защитные свойства кожи. Являясь естественным покровом человеческого тела, кожа защищает организм от неблагоприятных воздействий окружающей среды. Кожа обладает слабой теплопроводностью и этим предохраняет организм от перегревания и переохлаждения. Кожа хорошо отражает значительную часть различных излучений, падающих на нее, а пигмент меланин в зародышевом слое эпидермиса задерживает часть лучей, проникающих в кожу.

Благодаря плотности рогового слоя, прочности и эластичности соединительной ткани дермы и гиподермы кожа хорошо противостоит механическим раздражениям (ударам, трению, давлению, растяжению).

Роговой слой кожи непроницаем для воды и многих химических веществ; это защищает организм человека от просачивания в него жидкости извне и от вредного действия химических веществ.

Неповрежденная кожа служит защитным барьером от проникновения через нее болезнетворных микробов благодаря кислой реакции на поверхности кожи, наличию в коже антител и противомикробным свойствам межклеточного вещества дермы.

Участие кожи в теплорегуляции. Отдача тепла организмом во внешнюю среду происходит в значительной степени через кожу. Теплоотдача регулируется центральной нервной системой. Расширение кровеносных сосудов кожи и усиление потоотделения вызывают увеличение теплоотдачи. Сужение кровеносных сосудов и уменьшение выделения пота задерживают отдачу тепла организмом.

Секреторная функция кожи. Осуществляется эта функция потовыми и сальными железами. Через потовые железы из организма выделяются вода, некоторые соли и продукты белкового обмена. В обычных условиях в сутки выделяется 500—600 мл пота, а при высокой внешней температуре, лихорадке, тяжелой физической работе—до 2—4 л и больше.

Сальные железы выделяют в сутки около 20 г кожного сала. Кожное сало обладает противомикробными свойствами и играет роль жирной смазки для кожи, поддерживающей эластичность рогового слоя и непроницаемость его для воды.

Способность кожи к всасыванию. Здоровая кожа почти не всасывает воду и твердые вещества. Легче всасываются некоторые химические вещества и медикаменты (хлороформ, эфир и др.). Через кожу проникает некоторое количество кислорода и выделяются углекислота и водяные пары, частично дополняя этим дыхательную функцию легких.

Особенности кожи у детей. Кожа детей, особенно грудного возраста, отличается нежностью и меньшей толщиной, она легче мацерируется и повреждается, чем у взрослых. Сально-волосяные фолликулы у детей остаются до полового созревания недоразвитыми.

§ 2. ГИГИЕНА КОЖИ

На поверхности кожи человека постоянно скапливаются кожное сало, пот, отторгшиеся клетки рогового слоя, пыль и грязь. Все это может создавать благоприятные условия для размножения патогенных микробов. Поэтому очень важно содержание кожи в чистоте.

Легче всего загрязняются открытые участки кожи и кожные складки.

Для мытья здоровой кожи лучше всего пользоваться нейтральным мылом, не содержащим примеси щелочи (различные сорта туалетного мыла, банное и хвойное мыло).

Людям с сухой, легко раздражимой кожей и детям лучше пользоваться пережиренным мылом, содержащим примесь ланолина (ланолиновое, глицериновое, детское, борное, дегтярное). При сухости кожи лица следует умываться без мыла.

На здоровую кожу хорошее действие оказывает солнечный свет и свежий воздух. В теплое время года полезны облучения солнцем всего тела.

Правильный уход за кожей имеет особенно большое значение для медицинских работников. Нарушение медиками правил гигиены кожи грозит вредными последствиями для здоровья как самих медицинских работников, так и находящихся на их попечении больных.

§ 3. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ИХ ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ

Кожа является важным органом человеческого организма и заболевания ее, как правило, связаны с различными нарушениями деятельности других органов и систем организма. Сами по себе кожные заболевания также могут нарушать нормальную жизнедеятельность организма — таковы потеря сна, повышенная возбудимость при зудящих заболеваниях кожи и др. Поэтому болезни кожи нельзя рассматривать как чисто местный процесс.

Причины кожных болезней разделяются на внешние и внутренние.

Внешние причины

1. Патогенные микробы служат причиной ряда кожных заболеваний (гнойничковые заболевания, туберкулез кожи и др.). Возбудители инфекционных заболеваний проникают в кожу или извне или из уже существующего в организме очага инфекции.

2. Растительные паразиты—патогенные грибки—являются причиной грибковых заболеваний (трихофития, парша, молочница и др.).

3. Животные паразиты вызывают кожные заболевания или проникая в кожу и развиваясь в ней (чесоточный клещ, личинка бычьего овода—«волосатик» и др.), или своими укусами (вши, блохи, клопы, комары и др.).

4. Механическое воздействие на кожу — трение, давление, удары, растяжения — вызывает потертости, ссадины, кровоизлияния, омозолелости и т. д.

5. Действие высоких и низких температур. Температура выше 50° вызывает ожоги различной степени. Низкие температуры приводят к отморожениям и ознoблениям.

6. Источники лучистой энергии. Солнечный свет, ртутно-кварцевая лампа, рентгеновы лучи, радий и радиоактивные изотопы могут вызывать поражения кожи разной тяжести.

7. Химические вещества. Вредное действие на кожу способны оказывать многие химические вещества—крепкие кислоты и щелочи, некоторые соли, краски, органические растворители, продукты переработки нефти и каменного угля, искусственные смолы, пластмассы, медикаменты (препараты дегтя, ртути и др.).

8. Пищевые вещества и медикаменты. Употребление в пищу некоторых продуктов (земляника, сыр, раки и др.), прием внутрь или в инъекциях некоторых медикаментов (сульфаниламиды, антибиотики и др.) могут быть причиной ряда кожных заболеваний.

Развитие кожных заболеваний, вызванных перечисленными внешними воздействиями, во многом зависит, однако, от состояния самого организма. Неблагоприятные условия жизни и питания, нервные потрясения, заболевания нервной системы и внутренних органов, употребление спиртных напитков и курение могут предрасполагать организм к кожным заболеваниям. Этим объясняется тот факт, что тот же самый внешний раздражитель у одного человека вызывает кожное заболевание, а у другого нет.

Внутренние причины

1. Нарушения деятельности нервной системы оказывают сильное и глубокое действие на состояние кожи и могут быть основным или способствующим обстоятельством многих кожных заболеваний (кожный зуд, нейродермит, экзема и др.). Особенно большую роль в развитии

некоторых болезней кожи играют нарушения деятельности центральной нервной системы.

Великий русский физиолог И. П. Павлов и его ученики (М. К. Петрова и др.) доказали своими опытами, что у собак при искусственно вызванном неврозе могут возникать различные кожные заболевания. Если в результате лечения проходили явления невроза, то исчезало и кожное заболевание.

2. Нарушения обмена веществ могут вызывать некоторые заболевания кожи. Так, нарушение углеводного обмена у больных диабетом способствует заболеванию фурункулезом, кандидамикозом. При нарушениях липоидного обмена в коже может отлагаться холестерин (ксантома), при нарушениях минерального обмена иногда в коже образуются скопления солей кальция (кальциноз кожи).

3. Нарушения деятельности желез внутренней секреции также способны приводить к заболеваниям кожи. Например, нарушение внутренней секреции гипофиза и половых желез в период полового созревания влечет заболевание себореей и угревой сыпью. Нарушение функции щитовидной железы может вызывать сухость кожи, плохой рост и ломкость волос.

4. Заболевания внутренних органов (печени, желудка, кишечника, почек, легких, глистные заболевания) могут быть причиной возникновения крапивницы, нейродермита, экземы и других болезней кожи.

5. Авитаминозы и гиповитаминозы, особенно недостаток в организме аскорбиновой кислоты, никотиновой кислоты, витаминов B_1, B_2, B_6 и А, также могут приводить к заболеваниям кожи.

Многие кожные заболевания, обусловленные как внутренними, так и внешними причинами, имеют *аллергический* характер. Аллергия—состояние повышенной чувствительности к определенному веществу или нескольким веществам. Чаще всего такими веществами, или *аллергенами*, являются некоторые пищевые продукты (куриные яйца, раки, земляника и др.), химические вещества (соли хрома, никеля, искусственные смолы и др.), медикаменты (пенициллин, стрептомицин, сульфаниламиды и др.).

При наличии у больного повышенной чувствительности к определенному аллергену даже самое незначи-

тельное количество его способно вызвать вспышку заболевания. Возникновение и распространение кожных болезней зависят и от социальных условий.

Материальная необеспеченность и плохие жилища трудящихся капиталистических стран, массовая безработица, нездоровые условия труда на многих капиталистических предприятиях и платная, дорогостоящая медицинская помощь способствуют распространению заболеваний кожи в странах капитализма.

Рост материального благосостояния и культуры в Советском Союзе, постоянная забота Коммунистической партии и Советского правительства об охране здоровья трудящихся обеспечили снижение заболеваемости населения, в том числе и заболеваемости кожными болезнями.

Общие симптомы кожных болезней

Кожные болезни могут проявляться субъективными и объективными признаками.

К субъективным признакам относится зуд, боль, жжение, стягивание, ощущение онемения и напряжения.

Объективные признаки представляют изменение общих свойств кожи—ее цвета, эластичности и др., или имеют характер кожных высыпаний. Кожные высыпания состоят из отдельных морфологических элементов — первичных и вторичных. **Первичные морфологические элементы** появляются на здоровой коже под влиянием различных внешних или внутренних раздражителей — волдыри на месте укусов мошкары или комаров, гнойнички на месте развития гноеродных кокков и т. д.

Вторичные морфологические элементы представляют результат дальнейших изменений первичных элементов. Например, на месте зудящих волдырей от укусов кровососущих насекомых вследствие расчесов могут образоваться ссадины и корочки. На месте гнойничков могут возникнуть эрозии, язвы, корки.

Первичные морфологические элементы

К ним относится пятно, узелок, бугорок, узел, волдырь, пузырек, пузырь и гнойничок.

Пятно. Изменение цвета кожи на ограниченном участке называется пятном. Пятно не возвышается над ок-

ружающей кожей и не отличается от нее по консистенции. Различают сосудистые, геморрагические и пигментные пятна.

Сосудистые пятна бывают воспалительными и невоспалительными. Воспалительные сосудистые пятна—результат расширения сосудов кожи, вызванного внешними или внутренними раздражителями. Цвет их розово-красный, позднее становится синюшным или буроватым. Пятна величиной до ногтя называются розеолой, более крупные—эритемой (розеола при брюшном тифе, сифилисе, кори; эритема после облучения солнцем и т. д.).

Невоспалительные сосудистые пятна — результат стойкого расширения сосудов кожи. Они могут быть приобретенными—телеангиэктазии, или врожденными—сосудистые родимые пятна.

Геморрагические пятна наблюдаются при выходе крови из сосудов в ткань кожи. Вследствие распада гемоглобина цвет их из красного становится синюшным, зеленоватым и желтоватым.

Пигментные пятна возникают при увеличении или уменьшении содержания пигмента меланина на ограниченном участке кожи. Увеличение количества пигмента имеется при врожденных пигментных пятнах («родинки») или приобретенных пигментных пятнах (веснушки, пятна беременных — хлоазмы).

Уменьшение содержания пигмента тоже может быть врожденным (врожденные депигментированные пятна, а также альбинизм) или приобретенным (витилиго, или песь).

Узелок, или папула. Это элемент, возвышающийся над уровнем окружающей кожи и не имеющий полости. Узелки могут быть воспалительными, если они образованы в результате воспалительного инфильтрата, гиперемии и отечности (узелки при экземе, псориазе, сифилисе). Невоспалительные узелки возникают при утолщении какого-либо слоя кожи (бородавки и др.). Величина узелков—от булавочной головки до чечевицы или горошины. Более крупные узелки достигают размеров монеты. При слиянии нескольких узелков в один сплошной очаг образуются **бляшки.** Заживая, узелки исчезают бесследно или оставляют временную пигментацию.

Бугорок. Бугорок представляет собой клеточный инфильтрат, возвышающийся над окружающей кожей и не имеющий полости. От узелка он отличается тем, что инфильтрат бугорка всегда подвергается некрозу и замещается рубцовой тканью. При этом на месте бугорка или образуется язва, а потом рубец, или же бугорок постепенно рассасывается, оставляя атрофию кожи.

Узел. Может быть воспалительный или невоспалительный узел. Воспалительный узел, как и бугорок, состоит из клеточного инфильтрата, но располагается глубже—в подкожножировом слое. Величина узла—от фасоли до куриного яйца. Узлы при некоторых заболеваниях подвергаются некрозу, превращаются в язву и оставляют рубец после заживления (сифилитическая гумма, скрофулодерма). При других заболеваниях некроза не происходит, узел постепенно рассасывается, не оставляя рубца (узловатая эритема).

К невоспалительным узлам относятся фиброма, липома и др.

Волдырь. Волдырь также возвышается над окружающей кожей и не имеет полости, но образуется он за счет отека кожи на ограниченном участке. Величина волдырей — от чечевицы до ладони, консистенция мягкая, цвет красный, розоватый или белый. Волдырь быстро появляется и через несколько минут или несколько часов исчезает, не оставляя следа.

Пузырек. Это полостное образование, заполненное прозрачной или мутноватой жидкостью. Пузырьки возвышаются над окружающей кожей, величина их от булавочной головки до горошины. Пузырьки в дальнейшем или лопаются с образованием эрозии, или подсыхают, образуя корочку.

Пузырь напоминает пузырек, но крупнее его, имея величину от лесного ореха до куриного яйца и больше. Заживление пузырьков и пузырей происходит без образования рубца.

Гнойничок, или пустула. Полостной элемент с гнойным содержимым называют пустулой. Различают *поверхностные* пустулы, полость которых находится в эпидермисе; при заживлении их рубца не остается; и *глубокие* пустулы, захватывающие дерму и оставляющие после заживления рубец.

Вторичные морфологические элементы

В их число входят чешуйка, корка, эрозия, ссадина, трещина, язва, рубец, атрофия, пигментации, лихенизация и вегетации.

Чешуйка. Частицы рогового слоя, отделяющиеся с его поверхности, называются чешуйками. Чешуйки бывают отрубевидными — мелкими, напоминающими муку или отруби, и пластинчатыми, более крупными.

Корка — засохший экссудат. Образуется при подсыхании содержимого пузырьков, пузырей и гнойничков или отделяемого эрозий, язв и ссадин. Корки бывают серозными, гнойными и кровянистыми в зависимости от характера экссудата.

Эрозия. Представляет собой дефект кожи в пределах эпидермиса. Эрозии могут возникать на месте папул, пузырьков, пузырей и гнойничков. После заживления эрозий рубца не остается.

Ссадина. Напоминает эрозию, но образуется при механических повреждениях целости эпидермиса (расчесы и пр.).

Трещина. Может появиться при чрезмерном растяжении кожи, обычно на коже, утратившей нормальную эластичность (воспаление или сухость кожи, старческая кожа). Трещины могут быть поверхностными — в пределах эпидермиса или глубокими, захватывающими дерму.

Язва. Дефект кожи, распространяющийся в дерму, называется язвой. Она может проникать в подкожную клетчатку и в глубжележащие ткани (мышцы, кости). Язвы обычно развиваются из бугорков и узлов. После заживления язвы всегда остается рубец.

Рубец. Это грубая, волокнистая соединительная ткань, образовавшаяся при некрозе дермы на месте язвы, узла, бугорка.

Рубцовая атрофия кожи. Такая атрофия развивается на месте бугорков, иногда узлов при постепенном (без изъязвления) некрозе инфильтрата и с заменой его соединительной тканью. На участках рубцовой атрофии нет волос, сальных и потовых желез, нет кожных бороздок и полей. Кожа становится истонченной, сухой, легко собирается в мелкие складки.

Пигментации, или вторичные пигментные пятна. Пигментации наблюдаются при заживлении различных пер-

вичных и вторичных элементов: пятен, узелков, бугорков, пузырьков гнойничков, эрозий и язв. Пигментации повторяют величину и форму тех элементов, на месте которых они образовались.

Лихенизация. Лихенизацией называют утолщенную, уплотненную, пигментированную кожу с грубым рисунком и резко выступающими кожными бороздками.

Вегетации. Вегетациями называют сосочковые разрастания на папулах, на дне эрозий и язв.

Высыпания при кожных заболеваниях могут быть мономорфными, когда сыпь состоит из морфологических элементов одного типа (папулы при псориазе, бородавки), или полиморфными при наличии элементов нескольких типов.

При осмотре больного кожным заболеванием следует выяснить, какие первичные и вторичные морфологические элементы имеются у него, каков их цвет, величина и консистенция, ограничено ли высыпание одним участком или распространено по кожному покрову.

§ 4. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мы уже знаем, что болезни кожи всегда в большей или меньшей степени затрагивают весь организм человека. Поэтому каждый больной кожным заболеванием должен быть внимательно обследован. Необходимо выяснить, в каких условиях живет и работает больной, не страдает ли он заболеваниями нервной системы или внутренних органов. Установление правильного образа жизни — достаточный отдых, сон, регулярный прием пищи в одни и те же часы, прогулки, занятия спортом, прекращение употребления алкоголя и курения — у многих больных облегчает лечение и ускоряет выздоровление. Не меньшее значение для успеха лечения больного кожными болезнями имеет одновременное лечение имеющихся заболеваний нервной системы, внутренних органов, изгнание глистов, лечение хронического насморка, больных зубов и других очагов хронической инфекции. Лечение больных кожными болезнями должно быть комплексным и состоять из правильного режима и общих и местных лечебных воздействий.

Общее лечение кожных болезней

С целью общего воздействия на организм больного применяются следующие методы лечения:

1. **Воздействие на центральную нервную систему** с помощью новокаина, брома, аминазина и других препаратов. Новокаин назначают внутривенно по 2—10 мл 0,25% раствора или внутрь по 1—3 столовые ложки 0,5% раствора за 1 час до еды 3 раза в день.

Бромистый натрий принимают внутрь по 1 столовой ложке 0,25—3% раствора 3 раза в день или назначают внутривенно по 5—10 мл 10% раствора. Аминазин вводят внутримышечно по 1 мл 0,25% раствора перед дневным отдыхом и перед ночным сном или внутрь по 0,025—0,1 г 2—3 раза в день, большей частью в стационаре.

2. **Десенсибилизирующее лечение.** При аллергических заболеваниях назначают десенсибилизирующие средства, уменьшающие повышенную чувствительность к различным раздражителям — хлористый кальций, глюконовокислый кальций, гипосульфит натрия. Хлористый кальций в 10% растворе применяется внутривенно по 5—10 мл или столовыми ложками внутрь (3—4 раза в день). Глюконовокислый кальций (10%) вводят в вену по 10 мл или внутрь по 0,5 г 3 раза в день. Гипосульфит натрия применяют внутривенно по 10 мл 10—30% раствора или столовыми ложками внутрь.

В эту же группу средств можно отнести антигистаминные препараты — димедрол (внутрь по 0,03—0,05 г 3 раза в день или внутримышечно по 1—5 мл 1% раствора), диазолин (внутрь по 0,1—0,2 г 1—2 раза в день), дипразин, или пипольфен (внутрь по 0,025—0,05 г 2—3 раза в день).

3. **Иммунотерапия.** С целью повысить процессы иммунитета в организме больного применяются иммунобиологические способы лечения — инъекции стафилококкового анатоксина, аутокрови, молока, переливания донорской крови или плазмы.

4. **Антибиотики.** Пенициллин для лечения больных кожными заболеваниями обычно применяют внутримышечно — по 100 000—150 000 ЕД в 2—3 мл 1% раствора новокаина 4 раза в день или в виде экмоновоциллина по 600 000 ЕД 1 раз в день. Стрептомицин и дигидрострепто-

мицин употребляют для лечения больных туберкулезом кожи. Синтомицин и левомицетин по 0,5 г 3—4 раза и биомицин, террамицин и тетрациклин по 0,2 г 4—5 раз в день применяют при гнойничковых и других заболеваниях кожи.

Антибиотики могут вызывать у больных ряд осложнений — зуд, токсикодермии, дрожжевые поражения кожи и слизистых и т. д. Поэтому за больными надо внимательно наблюдать в процессе лечения и отменять антибиотики при первых признаках плохой переносимости их.

5. **Витамины.** Для лечения больных кожными заболеваниями наиболее часто назначают аскорбиновую кислоту, витамины комплекса В и витамин А.

Аскорбиновую кислоту вводят в вену (5—10 мл 5% раствора), в мышцу (2—5 мл 5% раствора) или принимают в таблетках по 0,1 г 3 раза в день.

Витамин B_1, или тиамин, применяют в виде 5—6% раствора внутримышечно или внутривенно по 1 мл или внутрь по 0,02—0,03 г 3 раза в день. Витамин B_2, или рибофлавин, дают внутрь по 5—10 мг 3 раза в день. Витамин B_6, или пиридоксин, вводят в мышцу по 1 мл 5% раствора; витамин B_{12} — также в мышцу по 30—100 γ (микрограммов) и больше. Никотиновую кислоту назначают в вену или в мышцу по 2—10 мл 1% раствора или внутрь по 0,05—0,1 г 3 раза в день. Больного надо предупреждать о сосудистой реакции на введение никотиновой кислоты — покраснение кожи, чувство жара во всем теле, которые вскоре проходят.

Витамин А принимают внутрь по 10—20 капель концентрата 3 раза в день.

6. **Кортикостероидные гормоны** (преднизон, преднизолон, триамсинолон, дексаметазон и др.) — энергично действующие препараты с противоаллергическими и противовоспалительными свойствами.

Они применяются и при лечении кожных заболеваний. Больным тяжелыми кожными заболеваниями, создающими угрозу жизни (пузырчатка, системная красная волчанка и др.), применяют большие дозы кортикостероидных гормонов в течение длительного времени, постепенно снижая их.

Больным с упорными распространенными формами экземы, псориаза, нейродермита назначают средние дозы

этих гормонов (20—30 мг преднизона или преднизолона в сутки, 16—20 мг триамсинолона, 3—4 мг дексаметазона), постепенно снижая их.

Лечение кортикостероидными гормонами в большинстве случаев проводится в стационаре. Оно может сопровождаться опасными осложнениями и должно применяться только по назначению и под наблюдением врача.

7. **Сульфаниламидные препараты** — норсульфазол, сульфадимезин, этазол и др. — назначают внутрь по 1 г 3—4 раза в день в течение 5—7 дней.

Наружное лечение кожных болезней

Местное, или наружное, лечение кожных заболеваний преследует цель ускорить заживление имеющихся у больного высыпаний и уменьшить чувство зуда, боли, жжения.

Наружное лечение каждый раз должно начинаться с предварительной очистки очага поражения. Пораженный участок кожи должен быть очищен от чешуек, корок, обрывков стенок пузырьков и пузырей и от гноя. Это делается с помощью пинцета, кривых ножниц и ватных тампонов, смоченных 3% перекисью водорода. Плотно сидящие корки и остатки прежних мазей для размягчения густо смазывают маслом (подсолнечным, вазелиновым и др.) и через 10—15 минут осторожно удаляют пинцетом и ватными тампонами, смоченными маслом.

Для наружного лечения кожных заболеваний наиболее часто пользуются следующими лекарственными формами: присыпками, примочками, влажными повязками, смазываниями, водными взвесями, пастами, масляными взвесями и мазями.

1. **Присыпки.** Для присыпок употребляют порошкообразные вещества, наносимые ровным тонким слоем на пораженный участок. Индифферентные присыпки впитывают экссудат, охлаждают и подсушивают кожу (окись цинка, тальк, белая глина, крахмал). Они обладают очень поверхностным действием и назначаются при остром воспалении в стадии эритемы. Дезинфицирующие порошкообразные вещества (белый стрептоцид и другие сульфаниламиды, ксероформ, дерматол) при-

меняются в качестве активно действующих присыпок при лечении эрозий и язв.

2. **Примочки.** Водным раствором одного из индифферентных или слабо вяжущих веществ (0,25—0,5% раствор ляписа, свинцовая вода, 1% раствор уксуснокислого алюминия) смачивают 2—3 марлевые салфетки, слегка отжимают и накладывают на пораженный участок. Охлаждающие примочки полезны при явлениях мокнутия, отека, образования пузырьков. Смена примочки производится по мере ее согревания — через 5—20 минут. Действие их охлаждающее, сосудосуживающее, противовоспалительное. Если мокнутие вызвано гноеродной инфекцией, то применяют дезинфицирующие примочки: растворы риванола (0,1%), метиленовой синьки (0,1%), фурацилина (1 : 5000).

3. **Влажно-высыхающая повязка.** Ее делают из тех же растворов, что и примочку, но для нее берут 8—12 марлевых салфеток, которые сменяют по мере высыхания — через 1/2—1 час. При необходимости сверху кладут повязку из нескольких ходов бинта.

4. **Смазывания.** Для смазываний пользуются спиртовыми растворами бриллиантовой зелени и других анилиновых красок, противозудных веществ (карболовой кислоты — 1—1,5%, ментола — 1—2%) и водными растворами ляписа (2—10%), медного купороса (2—10%) и др.

5. **Водные взвеси, или взбалтываемые смеси, болтушки.** Водные взвеси состоят из водного раствора, глицерина и порошкообразного вещества. Последнее составляет 1/4—1/2 всей массы. В качестве порошкообразных веществ употребляют окись цинка, тальк, белую глину, крахмал. Перед употреблением водную взвесь взбалтывают и куском ваты или марли наносят равномерным слоем на пораженные участки. Водные взвеси оказывают противовоспалительное действие, успокаивают зуд и жжение. На мокнущих участках и при наличии пузырьков водные взвеси применять нельзя, так как они могут вызвать обострение.

6. **Пасты.** Это смесь порошкообразных веществ и жировой основы, взятых поровну. По консистенций паста напоминает тесто и хорошо держится на коже без повязки. Пасты оказывают противовоспалительное и подсушивающее действие на кожу. При наличии пузырьков, мокнутия, сильной отечности, корок, а также на волосистых

участках применять пасту не следует, так как она может вызвать обострение. Наиболее употребительная цинковая паста состоит из равных частей окиси цинка, талька, ланолина и вазелина. При помощи шпателя пасту тонким слоем намазывают на кожу или на кусок полотна; в последнем случае кладется повязка. Смазывание пастой производят 1—2 раза в день. Остатки пасты от предыдущего смазывания удаляют только один раз в 3 дня. Для этого пораженный участок хорошо смазывают растительным маслом и через 10—15 минут осторожно удаляют остатки пасты ватными тампонами.

7. **Масляные взвеси, или масляные болтушки.** Делают их из порошкообразных веществ (окись цинка, тальк, белая глина) и жидкой жировой основы (персиковое, подсолнечное или вазелиновое масло). Наиболее употребительно «цинковое» масло — 30% окиси цинка и 70% растительного масла. Масляную взвесь взбалтывают и затем куском ваты смазывают пораженный участок. Масляные взвеси хорошо смягчают кожу, помогают устранить корки и чешуйки, уменьшают чувство стягивания, напряжения и зуда. При сильной отечности, образовании пузырьков, мокнутии их не применяют из-за опасности обострения.

8. **Мазь.** Это наиболее часто применяющаяся наружная лекарственная форма. Мазь содержит одно или несколько лекарственных веществ, равномерно смешанных с мазевой основой. Мазевыми основами служат жировые вещества (вазелин, ланолин, свиное сало, растительные масла) или синтетические основы типа полиэтиленгликоля. Мази оказывают глубокое действие, поэтому их охотно назначают при хронических и подострых кожных заболеваниях, когда в дерме имеется воспалительный инфильтрат. На кусок полотна наносят ровный слой мази и накладывают его на очаг поражения, а сверху укрепляют бинтом или полоской липкого пластыря. На открытых участках можно мазь накладывать непосредственно на кожу и оставлять без повязки. При некоторых заболеваниях мазь в т и р а ю т в кожу (чесотка, разноцветный лишай).

Характер действия мази зависит от лекарственных веществ, которые включены в мазевую основу (дезинфицирующие, отшелушивающие, «рассасывающие» и другие мази).

Реже применяют для лечения больных кожными заболеваниями пластыри (см. Грибковые заболевания кожи) и согревающие компрессы.

Пластырь. По сравнению с мазью пластырь имеет более густую и липкую консистенцию. В пластырную основу, кроме жира, входит воск или канифоль. Пластырь предварительно нагревают и затем накладывают толстым слоем на пораженный участок. Он оказывает более глубокое действие на кожу, чем мазь.

Ванны. Для лечения кожных болезней большое значение имеют ванны. Общие ванны (35—37°) успокаивают нервную систему, очищают кожу и улучшают ее кровообращение. Для усиления дезинфицирующего действия ванны к ней добавляют марганцовокислый калий (1 : 10 000). При наличии зуда больному перед ванной можно смазывать очаги поражения дегтем или добавить в ванну отвар дубовой коры (1 кг коры кипятят в 6 л воды), отвар отрубей (1 кг пшеничных отрубей кипятят в 3 л воды), хвойный экстракт. Местные ванны (37—40°) назначают при кожных заболеваниях кистей, стоп, заднего прохода, половых органов.

Физиотерапия кожных заболеваний

Тепловые процедуры для лечения больных подострыми и хроническими кожными заболеваниями могут применяться в виде облучения лампой Минина, лампой соллюкс, аппликаций парафина и озокерита.

Замораживанием снегом угольной кислоты (криотерапией) пользуются при необходимости разрушить патологическую ткань (красные угри, сосудистые родимые пятна и др.).

Из источников лучистой энергии для лечения кожных заболеваний пользуются, кроме солнечных ванн, облучениями ртутно-кварцевой лампой (ультрафиолетовое излучение), рентгеновыми лучами, радиоактивными веществами.

Перед назначением облучений ртутно-кварцевой лампой необходимо у каждого больного определить эритемную дозу (биодозу).

Общее облучение всего тела назначают в дозах меньше эритемной.

Для местных облучений на ограниченные очаги назначают эритемные и сверхэритемные дозы.

Лечение кожных болезней проводится также с помощью электрической энергии. Путем **электролиза, гальванокаустики и диатермокоагуляции** можно с хорошими косметическими результатами разрушать патологическую ткань — бородавки, сосудистые родимые пятна и т. д. Местная **дарсонвализация** полезна при зудящих заболеваниях кожи.

При глубоких инфильтратах, вызванных гноеродными кокками (фурункул и др.), нередко хорошо действуют токи ультравысокой частоты (УВЧ).

§ 5. ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Гнойничковые заболевания кожи (пиодермия) встречаются довольно часто. Их возбудители стафилококк и стрептококк (рис. 42 и 43) широко распространены во внешней среде — на окружающих предметах, в пыли, в воздухе, на коже здоровых людей. Чем чистоплотнее человек, чем чаще он моется и сменяет белье, тем меньше на его коже гноеродных кокков. Особенно много гноеродных кокков на коже больных пиодермией. При этом гноеродные кокки, выделенные из гноя больных гнойничковыми заболеваниями, отличаются повышенной активностью (вирулентностью) и легко вызывают гнойничковые заболевания при попадании на кожу здоровых людей. Поэтому в распространении гнойничковых заболеваний большую роль играет загрязнение гноем одежды, полотенец и других окружающих больного предметов.

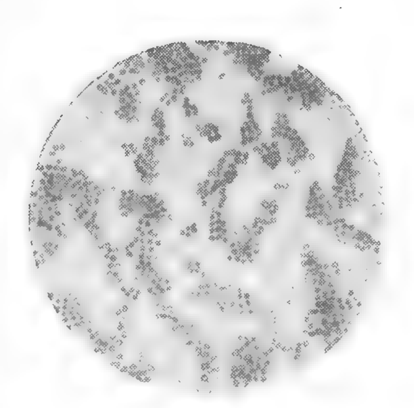


Рис. 42. Стафилококки.

Однако попадание на кожу здорового человека патогенных гноеродных кокков далеко не всегда влечет за собой возникновение гнойничкового заболевания. Разви-

тие гнойничкового заболевания зависит как от внутреннего состояния организма, так и от условий внешней среды. Неблагоприятные внешние условия (повреждения целости кожного покрова, раздражение его химическими веществами и минеральными маслами, колебания внешней температуры) способствуют возникновению гнойничковых заболеваний. Изменения внутреннего состояния организма, понижающие его сопротивляемость гноеродным коккам (нарушения деятельности нервной системы, заболевания внутренних органов, неполноценное питание, недостаток в организме витаминов), благоприятствуют развитию пиодермии. Различают **стафилококковые** и **стрептококковые** гнойничковые заболевания. Для стафилококковых форм пиодермии характерно поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез. Гнойнички здесь имеют коническую или полушаровидную форму, стенки их толсты, напряжены, в полости густой желто-зеленый гной. В центре стафилококкового гнойничка часто можно видеть пушковый волос. При стрептококковых формах пиодермии гнойнички плоской формы, стенки их тонкие, дряблые, в полости серозно-гнойный экссудат. Существуют и **смешанные** формы пиодермии, в развитии которых участвуют и стафилококки, и стрептококки.

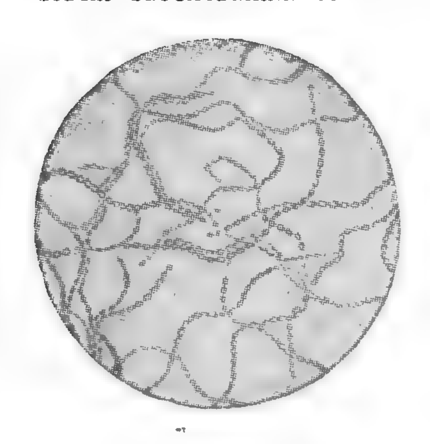


Рис. 43. Стрептококки.

В отношении клинической картины гнойничковые заболевания можно подразделять на **поверхностные** и **глубокие.** При поверхностной пиодермии полость гнойничка находится в пределах эпидермиса, при глубокой — поражение захватывает дерму, а иногда и подкожную клетчатку. Поэтому **глубокие** гнойничковые заболевания всегда оставляют после себя рубцы в отличие от **поверхностных,** оставляющих лишь временную пигментацию.

Поверхностная пиодермия

1. **Импетиго, или гнойничковая сыпь.** Различают три формы импетиго.

А. Стрептококковое импетиго наблюдается чаще у детей и у лиц с тонкой и нежной кожей. На лице и других открытых частях тела появляются плоские пузырьки с тонкой, дряблой стенкой и серозным содержимым. Пузырьки увеличиваются в размерах, достигая величины просяного зерна и даже горошины. Содержимое их становится мутным, серозно-гнойным — пузырьки превращаются в гнойнички. Часто они окружены венчиком красноты. Через 1—2 дня гнойничок подсыхает и превращается в тонкую желтую корочку. Вследствие небольшого зуда и стягивания кожи больные, особенно дети, нередко срывают появившиеся пузырьки и гнойнички. В таких случаях на их месте образуются эрозии красного цвета, которые потом покрываются желтоватыми корками. Через несколько дней корки отпадают, оставляя синюшные пигментные пятна, которые в дальнейшем исчезают. Вследствие попадания гноя на здоровые участки кожи при расчесах, умывании, вытирании лица появляются новые гнойнички. При отсутствии правильного лечения заболевание может длиться много недель.

Заеда — стрептококковое импетиго в углах рта. Оно начинается с образования плоского продолговатого пузырька в углу рта, который быстро превращается в гнойничок и покрывается корочкой. Из-за постоянного раздражения слюной, пищей и пр. заеда может длиться месяцами.

На ногтевых фалангах стрептококковое импетиго может иметь форму полулунного гнойничка, окружающего ноготь (стрептококковая паронихия). Гнойничок может вскрываться и превращаться в эрозию.

Стрептококковое импетиго отличается большой заразительностью.

Б. Смешанное, или вульгарное, импетиго вызывается смешанной стрептококковой и стафилококковой инфекцией. Оно имеет сходство со стрептококковым импетиго, но отличается тем, что содержимое гнойничков и отделяемое эрозий более обильно и имеет гнойный характер, а корки толстые и неровные, как бы состоящие из отдельных крошек (рис. 44). У больных вуль-

гарным импетиго часто увеличиваются ближайшие лимфатические узлы.

Смешанное импетиго так же заразительно, как и стрептококковое.

В. Стафилококковое импетиго, или остиофолликулит, имеет вид конических или полушаровидных гнойничков, в центре которых можно заметить волос. Величина пустул от просяного зерна до горошины, стенки их напряженные, толстые, содержимое гнойное. Гнойнички окружены каемкой красноты. В дальнейшем гнойнички подсыхают в плотные темные корочки.

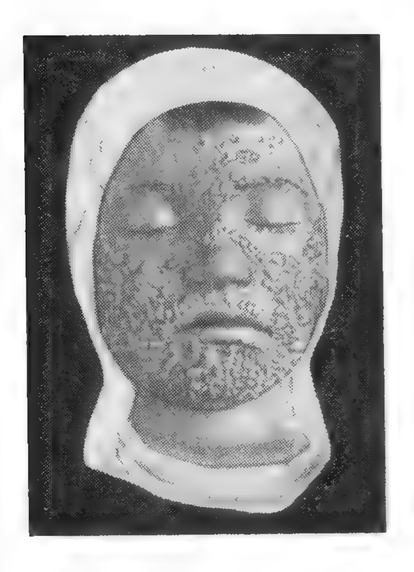


Рис. 44. Вульгарное импетиго.

Стафилококковое импетиго чаще встречается на разгибательных сторонах конечностей.

2. **Фолликулит.** Фолликулит вызывается стафилококком. Заболевание начинается с образования пустулы в устье волосяного фолликула, т. е. с остиофолликулита, но в дальнейшем захватывает более глубокие части волосяного мешочка. Фолликулит представляет коническую или полушаровидную пустулу, окруженную венчиком инфильтрата и красноты. Величина инфильтрата — от чечевицы до горошины, гнойничка — от булавочной головки до конопляного зерна (рис. 45).

3. **Сикоз.** Простой, или непаразитарный, сикоз вызывается стафилококком. Это хронический фолликулит области бороды и усов, реже других волосистых участков тела. Женщины болеют очень редко. На пораженных участках имеются остиофолликулиты, фолликулиты, инфильтрированные бляшки, гнойные корки. Кожа становится покрасневшей, отечной, больной жалуется на зуд, напряжение и стягивание кожи. Волосы на этих местах

легко выдергиваются, иногда выпадают сами (рис. 46). Сикоз — хроническое заболевание с наклонностью к рецидивам. Причина необычайно длительного и упорного течения сикоза кроется в глубоких изменениях реактивности организма в связи с нарушениями функций нерв-

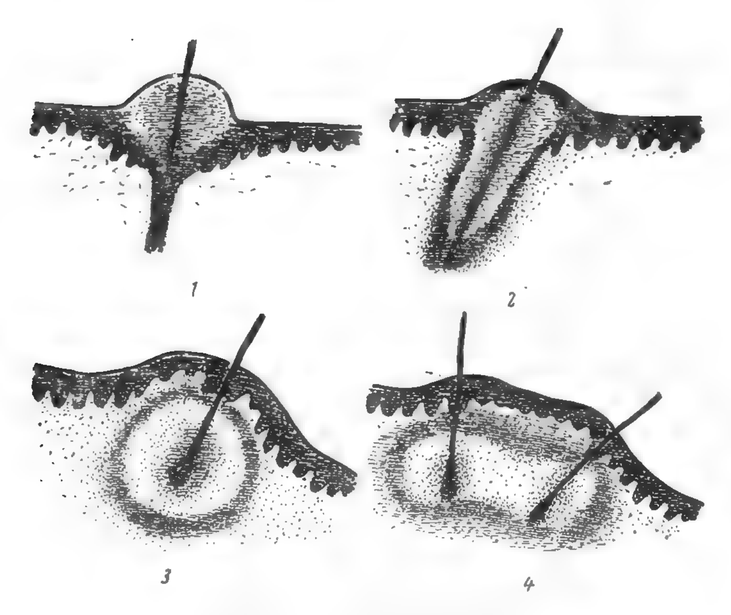


Рис. 45. Схема развития пиодермии.
1 — остиофолликулит; *2* — фолликулит; *3* — фурункул; *4* — карбункул.

ной системы, эндокринными расстройствами (понижение функции половых желез и др.), хроническим насморком и фолликулитом носовых ходов и другими хроническими очагами инфекции.

Заболеванию способствует бритье лица в антисанитарных условиях, нечистоплотность, употребление спиртных напитков.

4. **Эпидемическая пузырчатка новорожденных.** Возбудителем ее является стафилококк. Она встречается у грудных детей в первые недели и месяцы их жизни. В детских отделениях родильных домов, в домах младен-

ца наблюдаются эпидемические вспышки этого заболевания. У ребенка образуются вялые пузыри величиной от горошины до сливы и больше. Их содержимое вначале серозное, потом делается серозно-гнойным. Пузыри лопаются, образуя эрозии, или покрываются корками. Ребенок обычно беспокоен, плачет, аппетит и сон нарушены, температура может быть повышена.

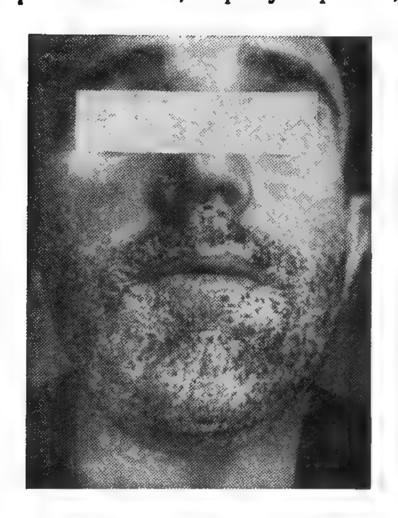


Рис. 46. Стафилококковый сикоз.

Глубокая пиодермия

Фурункул и фурункулез. Фурункул, или чирей, представляет острый воспалительный процесс в сально-волосяном мешочке и прилегающей к нему ткани дермы и гиподермы. Возбудителем является стафилококк. Фурункул начинается как остиофолликулит, но воспаление быстро переходит на глубокие части волосяного фолликула и окружающие их ткани. Образуется довольно плотный и болезненный узел с багрово-красной поверхностью, в центре которой виден фолликулярный гнойничок. Размеры узла увеличиваются в течение нескольких дней, достигая величины сливы и больше, боль усиливается. В центральной части инфильтрата происходит омертвение и гнойное расплавление. На поверхности фурункула появляется размягчение, флюктуация, и затем фурункул вскрывается с выделением большого количества желтовато-зеленого гноя. Через 1—2 дня отделяется омертвевшая вокруг волосяного фолликула ткань в виде «некротического стержня». При заживлении образуется рубец. Развитие фурункула продолжается 1—2 недели. Особенно часто возникают фурункулы на бедрах, ягодицах, шее, предплечьях, лице. Если у больного одновременно имеется несколько фурункулов или один появляется вслед за другим, то говорят о *фурункулезе*.

Фурункулез может быть **местным** при поражении ограниченного участка кожи, например задней поверхности шеи, и **общим**, когда фурункулы появляются на разных участках кожного покрова. Различают **острое** и **хроническое** течение фурункулеза. При остром фурункулезе фурункулы развиваются на протяжении сравнительно короткого времени (рис. 47). Хронический фурункулез может длиться месяцы и годы.



Рис. 47. Фурункулез.

При фурункулах и особенно при фурункулезе страдает и общее состояние больного — наблюдается увеличение ближайших лимфатических узлов, лихорадочное состояние, бессонница, иногда — септическое состояние.

Карбункул. Это заболевание тоже вызывается стафилококком. Это одновременное поражение нескольких рядом лежащих сально-волосяных фолликулов. Он состоит как бы из нескольких фурункулов, слившихся в сплошной инфильтрат, достигающий размеров куриного яйца и больше. Цвет карбункула синюшно-багровый, консистенция плотная, окружающая кожа отечна. Больной жалуется на резкую болезненность, головную боль, лихорадку, бессонницу. После вскрытия карбункула и отхождения некротизированной ткани остается язва, которая заживает глубоким рубцом.

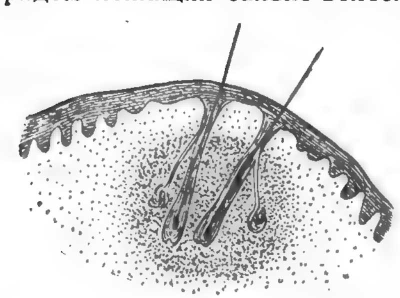


Рис. 48. Схема гидраденита.

Карбункулы наблюдаются обычно у ослабленных людей, они часто грозят переходом в сепсис.

Гидраденит. Возбудителем гидраденита также является стафилококк. Это острое воспаление апокриновых потовых желез и прилегающей к ним ткани гиподермы (рис. 48). Гидраденит развивается чаще всего в подмышечных впадинах, реже — в области половых органов и

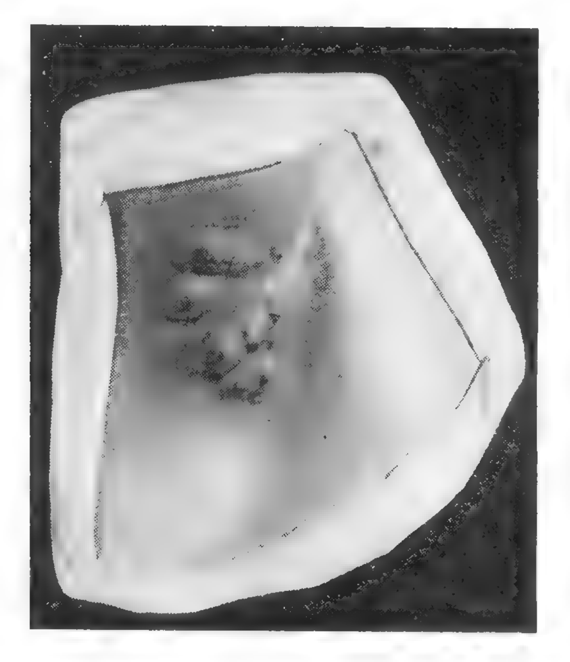


Рис. 49. Гидраденит.

заднего прохода. Болеют гидраденитом люди, достигшие полового созревания. Начинается он с образования малоболезненного узла величиной с горошину в подкожной клетчатке. Постепенно узел увеличивается до размеров вишни или грецкого ореха, становится очень болезненным, кожа над ним краснеет. В центре появляется размягчение, потом происходит вскрытие и выделение густого зеленовато-желтого гноя (рис. 49). Очень часто вследствие проникновения стафилококков в соседние апокриновые железы появляются новые воспалительные узлы. Развитие каждого узла продолжается 2—3 недели; заболевание может затягиваться на много недель.

Множественные абсцессы у детей, или ложный фурункулез (псевдофурункулез). Это заболевание также стафилококкового происхождения. Оно поражает эккриновые потовые железы у грудных детей и чаще встречается у ослабленных и неопрятно содержащихся детей.



Рис. 50. Множественные абсцессы у детей.

На коже больного ребенка можно видеть полушаровидные пустулы, узелки и узлы красного цвета величиной от конопляного зерна до сливы (рис. 50). Узелки и узлы постепенно размягчаются и вскрываются с отделением желто-зеленоватого гноя. От фурункулов они отличаются отсутствием некротического стержня. Высыпания обычно локализуются на задней поверхности тела. Заболевание может длиться несколько недель, делая ребенка беспокойным, нарушая его сон и аппетит.

Вульгарная, или стрептококковая, эктима. Наблюдается она обычно у истощенных больных, живущих в антисанитарных условиях. На голенях, реже на других



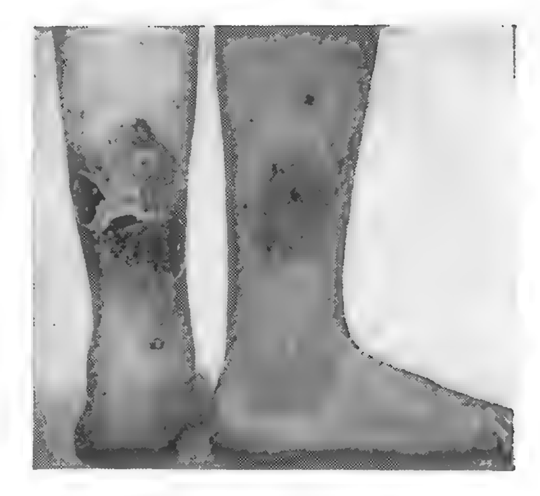


Рис. 52. Хроническая язвенная пиодермия.

Рис. 51. Вульгарная эктима (рис. слева).

местах появляются плоские, дряблые пустулы с серозно-гнойным содержимым. Величина их — от чечевицы до фасоли. По краю их заметна полоска инфильтрата синюшно-красного цвета. Пустула превращается в толстую желтоватую или кровянистую корку. Под коркой имеется поверхностная язва с красным дном, покрытым гноем. Заболевание может длиться недели и месяцы. При заживлении эктимы всегда образуется рубец (рис. 51).

Хроническая атипическая пиодермия. Встречается такая пиодермия реже, чем другие гнойничковые заболевания. Вследствие пониженной сопротивляемости организма отличается длительным и упорным течением. Вызывается она смешанной инфекцией — стафилококком и стрептококком, к которым нередко присоединяются дифтероиды, синегнойная палочка и другие микробы. Клинические проявления хронической атипической пиодермии разнообразны. При язвенной форме атипической пиодермии образуются неправильной формы болезненные язвы разной величины с подрытыми краями (рис. 52). Язвенно-вегетирующая форма характеризуется появлением на дне язв мягких сосочковых разрастаний.

Пиодермия может присоединяться как осложнение к различным кожным заболеваниям, в особенности к сопровождающимся зудом (вторичная пиодермия).

Лечение гнойничковых заболеваний

Больные пиодермией (особенно часто и длительно болеющие) должны быть внимательно обследованы перед началом лечения. Если у больного обнаружены сопутствующие заболевания других органов, то их надо лечить.

Лечение гнойничковых заболеваний должно быть комплексным (правильный режим, общее лечение, местное лечение, физиотерапия).

Общее лечение гнойничковых заболеваний

1. **Иммунобиологические методы лечения.** Для повышения сопротивляемости организма гноеродным коккам применяется специфическая и неспецифическая иммунотерапия. Для специфической иммунотерапии применяют стафилококковый анатоксин подкожно в

межлопаточную область по 0,2—0,5—1—1,5 мл и далее по 2 мл. Сначала перерывы между инъекциями делают по 2—3 дня, а при дозах выше 1 мл — по 4—5 дней в зависимости от реакции на предыдущую инъекцию (повышение температуры, головная боль, краснота и припухлость на месте инъекции). Курс лечения состоит из 6—10 инъекций. Кроме стафилококкового анатоксина, применяют подкожно или внутрикожно стафилококковые антифагин и вакцину. Неспецифическая иммунотерапия применяется в виде аутогемотерапии (по 5—8—10 мл аутокрови внутримышечно один раз в 3 дня, всего 6—8 раз), инъекций молока (с 3 до 8 мл один раз в 3—5 дней, всего 4—6 раз). Детям делают инъекции материнской крови от 1—2 мл до 6—8 мл один раз в 3—4 дня, всего 5—8 раз.

Иммунобиологические методы лечения полезны при всех формах глубокой пиодермии, при сикозе, при хронической атипической пиодермии, при упорно протекающих или рецидивирующих импетиго и фолликулитах.

2. **Антибиотики.** Препараты антибиотиков оказывают противомикробное действие на гноеродные кокки, но могут вызывать аллергические реакции и другие осложнения у больных пиодермией. Их назначают при фурункулезе, при одиночных фурункулах лица, гидрадените, сикозе, множественных абсцессах у детей, при хронической атипической пиодермии. Желательно перед началом лечения в лаборатории выделить из гноя культуру стафилококка (или стрептококка) и определить его чувствительность к различным антибиотикам, чтобы правильно выбрать антибиотик. Надо иметь в виду, что стафилококковые формы пиодермии часто вызываются стафилококками, не чувствительными к пенициллину и малочувствительными к другим антибиотикам.

Пенициллин для лечения гнойничковых заболеваний назначают в виде внутримышечных инъекций водорастворимого пенициллина или дюрантного препарата (экмоновоциллин, бициллин). Водорастворимый пенициллин и экмоновоциллин вводят по 600 000 ЕД в сутки, на курс 2 000 000—5 000 000 ЕД. Бициллин вводят по 1 200 000 ЕД (по 600 000 ЕД в каждую ягодицу) 1 раз в 4—5 дней.

Синтомицин дают внутрь по 0,5 г 3—4 раза в день, на курс 15—20 г.

Для левомицетина суточная доза та же, на курс 10—15 г.

Антибиотики тетрациклинового ряда — биомицин (хлортетрациклин), террамицин (окситетрациклин) и тетрациклин назначают по 0,2 г 4—5 раз в день, на курс 5—10 г.

Эритромицин назначают по 0,5 г 3—4 раза в день, на курс 8—15 г.

Антибиотики угнетают жизнедеятельность гноеродных кокков, но мало влияют на процессы иммунитета в организме больного. Поэтому следует сочетать назначение антибиотиков с иммунотерапией.

3. **Сульфаниламидные препараты.** Больным гнойничковыми заболеваниями назначают сульфаниламидные препараты по тем же показаниям, что и антибиотики. Норсульфазол, сульфадимезин, этазол принимают внутрь по 1 г 3—4 раза в день в течение 5—10 дней.

4. **Общеукрепляющие средства.** Большое значение для лечения больных гнойничковыми заболеваниями имеют общеукрепляющие средства. В зависимости от общего состояния здоровья больным пиодермией назначают витамин А, аскорбиновую кислоту, витамины комплекса В (витамины B_2, B_{12}, никотиновую кислоту и др.), препараты железа, фосфора и др.

Местное лечение гнойничковых заболеваний

Местное, или наружное, лечение гнойничковых заболеваний начинают всегда с протирания кожи вокруг очагов спирто-камфарным раствором (камфарного спирта 5,0, спирта винного 70° 45,0), 2% салициловым спиртом или 3% синтомициновым спиртом. Этими же растворами рекомендуется протирать и остальные участки кожи один раз в день вместо мытья в бане или душе, так как мытье может способствовать распространению заболевания по кожному покрову. Если заболевание продолжается больше 10 дней, то больному разрешают один раз в неделю вымыть все тело, после чего смазать кожу одним из указанных выше растворов.

При наружном лечении поверхностных форм пиодермии (импетиго, фолликулит, сикоз, эпидемическая пузырчатка новорожденных) ножницами срезают покрышки имеющихся гнойничков и ватным тампоном удаляют

гной. Гнойные корки размягчают маслом и через 15—30 минут удаляют пинцетом. Затем все очаги поражения смазывают 1% раствором метилвиолета или бриллиантовой зелени в 70° спирту. Через 10—15 минут после этого на все очаги накладывают одну из дезинфицирующих мазей — 1—3% синтомициновую, 3% биомициновую, 1—3% тетрациклиновую или террамициновую, 1% полимиксиновую, 5% колимициновую, мазь с 1% полимиксина и 3% синтомицина. Можно также применять мази 2—3% желтую ртутную, 3—5% белую ртутную, 5—10% серную, 5% дерматоловую или ксероформную.

При лечении больных с особенно упорным течением стафилококкового сикоза иногда, кроме того, требуется удаление волос эпиляционным пинцетом.

Для лечения больных стрептококковой эктимой и атипической язвенной хронической пиодермией накладывают водную кашицу из белого стрептоцида или другого сульфаниламидного препарата. Через несколько дней после исчезновения обильного гнойного отделяемого переходят на повязки с указанными выше дезинфицирующими мазями. Полезна также глухая повязка из полосок липкого пластыря, наложенных черепицеобразно, один раз в 3—7—10 дней.

Для наружного лечения фурункулов, гидраденита, карбункула, множественных абсцессов у детей лучшим средством служит чистый ихтиол. Его накладывают толстым слоем на очаг поражения, а сверху него кладут тонкий слой ваты. При перевязках больных пиодермией использованные инструменты подлежат дезинфекции, а загрязненные бинты, марля, вата должны сжигаться.

Физиотерапия. Общие облучения ртутно-кварцевой лампой полезны для многих больных фурункулезом, фолликулитом, импетиго, особенно в осенне-зимнее время года, и у больных, работающих при искусственном освещении (ночные смены, подземные работы). Кроме того, в начальных стадиях развития фурункула, гидраденита полезны местные облучения очагов поражения эритемными и сверхэритемными дозами ультрафиолетовых лучей. В таких же случаях можно пользоваться токами УВЧ. При крупных болезненных фурункулах и при гидрадените хорошо действуют облучения лампой соллюкс.

Профилактика гнойничковых заболеваний

В гное и на поверхности кожи больного пиодермией содержится масса гноеродных кокков. Чтобы предупредить возникновение новых гнойничков и чтобы гноеродные кокки не попадали на окружающие предметы и на кожу других людей, необходимы меры предосторожности. Больной должен иметь отдельное нательное и постельное белье и полотенце. Их надо менять не реже 1—2 раз в неделю и перед стиркой кипятить со щелоком. Использованный перевязочный материал следует сжигать.

Больной должен коротко обрезать ногти 2 раза в неделю и чаще мыть руки с мылом.

В детских учреждениях больные импетиго должны немедленно изолироваться и до выздоровления не допускаться в коллектив.

Большое значение имеет профилактика гнойничковых заболеваний среди рабочих промышленности, у механизаторов и других работников сельского хозяйства. Необходима защита кожи от загрязнения минеральными маслами и химическими веществами путем защитных приспособлений на рабочем месте, ношения установленной спецодежды, предупреждения мелких травм и немедленной их обработки. Для обработки мелких травм сначала очищают окружающую кожу спирто-камфарным раствором или 1% салициловым спиртом. Затем место травмы смазывают 1% раствором метилвиолета или бриллиантовой зелени в 70° спирту или жидкостью Новикова. Очень важной мерой профилактики пиодермии на производстве и в сельском хозяйстве является обеспечение ежедневного мытья после работы в душе или бане всем работникам, кожа которых во время работы загрязняется минеральными маслами, химическими веществами, пылью и т. п.

Большую роль в борьбе с заболеваемостью пиодермией играет санитарное просвещение. В этой работе должны принимать участие и медицинские сестры, проводя беседы в цехах предприятий, колхозных и совхозных бригадах, красных уголках, школах и общежитиях. Нужно освещать причины гнойничковых заболеваний, разъяснять тот вред, который они наносят здоровью, и ущерб, причиняемый народному хозяйству временной

нетрудоспособностью из-за пиодермии. Надо указывать на роль соблюдения правил гигиены для предупреждения заболеваний, на необходимость своевременного обращения к врачу при гнойничковых заболеваниях и на вредность самолечения.

§ 6. ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Грибковые заболевания кожи, или дерматомикозы, вызываются болезнетворными, или паразитарными, грибками. Различают четыре группы грибковых заболеваний: 1) кератомикозы; 2) эпидермомикозы; 3) трихомикозы; 4) глубокие микозы.

Кератомикозы

Сюда относятся разноцветный лишай и эритразма. Грибки — возбудители этих заболеваний — развиваются только в верхней части рогового слоя и не вызывают на коже у больного воспалительных явлений. Заболевания эти мало заразительны.

Разноцветный лишай проявляется в виде желтоватых или коричневатых шелушащихся пятен на туловище.

Эритразма поражает чаще всего паховые складки, внутреннюю поверхность бедер и подмышечные впадины. Здесь образуются шелушащиеся обширные буроватые или желтовато-красноватые пятна с фестончатыми очертаниями. Оба заболевания отличаются длительным, хроническим течением.

Для лечения применяются мази с 10—20% серы, метод Демьяновича (см. Лечение чесотки), нитрофунгин, мази и спиртовые растворы с 4—5% салициловой кислоты.

Эпидермомикозы

Эту группу составляют грибковые заболевания, возбудители которых развиваются только в роговом слое кожи, но вызывают ответную воспалительную реакцию в коже. Кроме того, эти грибки могут вызывать поражение ногтей и слизистых оболочек. К эпидермомикозам относят эпидермофитию и кандидозы.

Эпидермофития

Грибок **эпидермофитон** вызывает поражение стоп — межпальцевых складок, подошвы и ногтей. Эпидермофития стоп — заразное заболевание. Заражение происходит в банях, душевых, ваннах. На деревянные решетки, на коврики, половики и на пол с чешуйками кожи больных эпидермофитией попадает грибок и в течение длительного времени сохраняет способность к заражению здоровых лиц, ступающих босыми ногами на эти предметы. Заражение может происходить и в домашней обстановке при пользовании обувью, чулками, носками или постелью больного эпидермофитией. Заражению способствуют повышенная потливость стоп и нечистоплотность, тесная обувь, потертости, опрелости. Заболевание проявляется пластинчатым шелушением в межпальцевых складках стоп, особенно между IV и V, III и IV пальцами, и в области свода подошв. Субъективных ощущений при сквамозной форме нет или имеется небольшой зуд.

При интертригинозной форме кожа в межпальцевых складках стоп становится беловатой, роговой слой слущивается. Образуются поверхностные эрозии ярко-красного цвета с белесоватым венчиком рогового слоя по краям. Больной жалуется на сильные зуд и жжение. Дисгидротическая форма характеризуется появлением в межпальцевых складках и на своде стоп пузырьков величиной с просяное зерно или горошину. Покрышка пузырьков толстая, они мало возвышаются над кожей и как бы просвечивают через кожу. Пузырьки окружены покрасневшей и отечной кожей, имеется резкий зуд (рис. 53). Пораженные эпидермофитоном ногти стоп имеют желтоватую окраску, хрупки, свободный край их крошится. Эпидермофития стоп может сопровождаться аллергическими высыпаниями в виде пятен, узелков и пузырьков на кистях, туловище, голенях. Их называют «эпидермофитидами».

Эпидермофития стоп отличается длительным, многолетним течением. В весенне-летнее время в связи с усиленной потливостью стоп нередко наблюдаются обострения эпидермофитии.

При присоединении гноеродной инфекции эпидермофития стоп может осложняться вторичной пиодермией, лимфангиитом, рожистым воспалением.

Лечение. Больным интертригинозной и дисгидротической формами эпидермофитии следует проводить общее лечение — внутривенно или внутрь хлористый кальций, новокаин и другие десенсибилизирующие средства. Наружное лечение этим больным назначают в виде теплых ванночек для ног с марганцовокислым калием. После

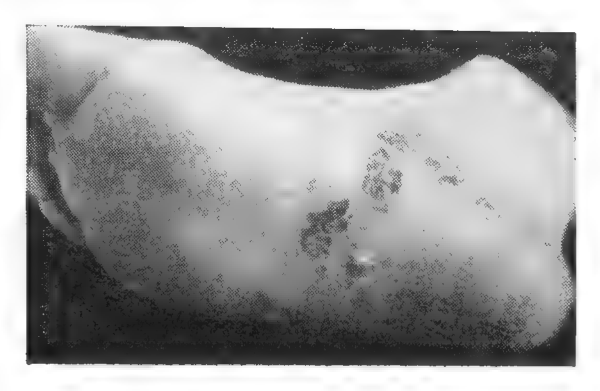


Рис. 53. Дисгидротическая эпидермофития.

ванны ножницами срезают пузырьки и накладывают влажно-высыхающую повязку с 0,1% раствором риванола.

При интертригинозной форме после ванны пораженные участки смазывают 1% раствором метилвиолета или бриллиантовой зелени в 70° спирту, нитрофунгином, 1—2% настойкой йода, ундециленовой или амиказоловой мазью. Те же смазывания применяют и больным сквамозной эпидермофитией, но ванны с марганцовокислым калием им назначают 1—2 раза в неделю. Необходима дезинфекция обуви — протирание 10% формалином на ночь внутренней поверхности ее.

Профилактика эпидермофитии заключается в лечении потливости стоп, соблюдении чистоты ног, предупреждении опрелостей и потертостей ног, употреблении индивидуальных носков, чулок, обуви, постели.

Общественная профилактика эпидермофитии должна проводиться в банях, в душевых предприятий — строгое поддержание чистоты, дезинфекция решеток, ковриков, половиков, тазов.

Дрожжевые заболевания кожи и слизистых оболочек (кандидозы, или кандидамикозы)

Дрожжеподобные грибки рода кандида вызывают заболевания кожи и слизистых, называемые кандидозами, или кандидамикозами.

При этих заболеваниях грибки кандида развиваются обычно в роговом слое, вызывая в коже ответную воспалительную реакцию. Часто поражаются слизистые оболочки, нередко и ногти. Грибки кандида постоянно встречаются на овощах, фруктах, а также на коже и слизистых оболочках у здоровых людей. В этих случаях они являются сапрофитами и заболеваний не вызывают. Однако, если сопротивляемость организма понижена, грибки кандида из сапрофитов превращаются в паразитов, которые усиленно размножаются и существуют за счет живых тканей человеческого организма. Это наблюдается у ослабленных, истощенных больных, а также как осложнение при лечении различных заболеваний кортикостероидными препаратами и антибиотиками. В последнем случае причина кандидоза заключается в том, что антибиотики оказывают угнетающее влияние не только на возбудителей болезни, но и на сапрофитов, представителей нормальной флоры кожи и слизистых оболочек. В результате те сапрофиты, которые, как грибки кандида, нечувствительны к действию антибиотиков, начинают энергично размножаться и приобретают болезнетворные свойства.

Молочница. Это одна из наиболее частых форм кандидоза. Встречается чаще всего у ослабленных детей грудного возраста. На слизистой оболочке языка, щек, неба появляются беловатые налеты с просяное зерно или чечевицу, которые могут сливаться. После удаления налетов видна ярко-красная слизистая, иногда слегка кровоточащая (рис. 54). Ребенок становится беспокойным, плохо берет грудь.

Часто встречается также кандидоз углов рта (кандидозный ангулярный стоматит, или заеда), кандидоз вульвы и влагалища.

Кандидоз кожи чаще всего наблюдается в виде поражений кожных складок — паховых, под молочными железами у женщин, между пальцами (рис. 55). Обычно в кожных складках образуется поверхностная ярко-крас-



Рис. 54. Кандидамикоз языка (молочница).

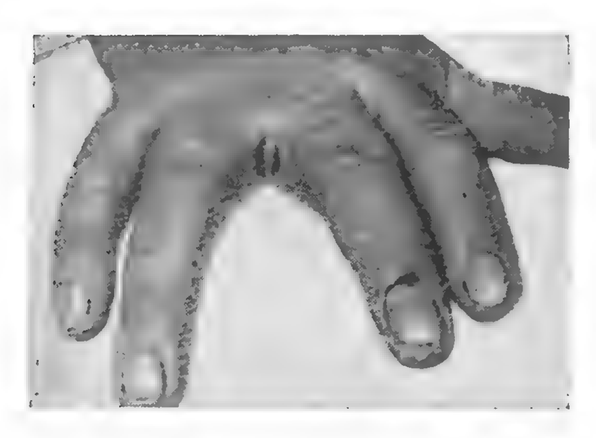


Рис. 55. Межпальцевая дрожжевая эрозия рук.

ная эрозия, окруженная венчиком беловатого рогового слоя. Границы поражения резкие, очертания неправильные. Больные жалуются на зуд и жжение.

Часто встречается кандидоз ногтевых валиков и ногтей. Ногтевые валики утолщаются, становятся синюшно-красными, плотноватыми, болезненными. Ногтевые пластинки делаются неровными, тусклыми, сероватыми или черновато-бурыми.

Наблюдается и кандидоз внутренних органов, который может протекать тяжело и приводить к смерти.

Лечение. Важнейшей задачей является укрепление общего состояния больного, лечение сопутствующих заболеваний, правильный режим, диета, богатая витаминами. Антибиотики не должны применяться, за исключением крайней необходимости.

Для общего лечения главным является назначение нистатина (противогрибковый антибиотик) по 1 000 000 ЕД 3—4 раза в день и более. Рекомендуется назначение тиамина, рибофлавина, никотиновой кислоты, витаминов К и С, йодистого калия. При поражении слизистых оболочек назначают полоскания 2—5% раствором соды, смазывания 1—2% водными растворами метилвиолета, генцианвиолета, 5—10% раствором ляписа, 10% буры в глицерине. Очаги на коже смазывают 1—2% спиртовыми растворами метилвиолета, генцианвиолета, нистатиновой мазью (100 000 ЕД на 1 г основы), серно-дегтярными мазями.

Трихомикозы

В группу трихомикозов входят грибковые заболевания, возбудители которых способны поражать волосы, роговой слой кожи и ногти. При поражении рогового слоя в коже развивается воспалительная реакция — более сильная, если грибок является паразитом животных, и более слабая, если он паразитирует только на человеке. К трихомикозам относится поверхностная трихофития, глубокая трихофития, микроспория и парша.

Поверхностная трихофития. Вызывается поверхностная трихофития грибком внутриволосным трихофитоном (трихофитон эндотрикс). Грибок назван так потому, что нити мицелия и споры грибка располагаются

внутри волоса, что можно видеть под микроскопом (рис. 56). Этот грибок является паразитом только человека.

Наиболее часто встречается поражение волосистой части головы — преимущественно у детей дошкольного и школьного возраста, но нередко и у детей ясельного возраста. Это объясняется большой восприимчивостью детей к заражению трихофитией. С на-

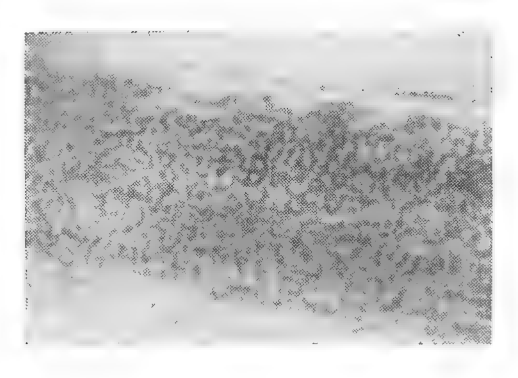


Рис. 56. Волос, пораженный грибком трихофитон эндотрикс, под микроскопом.

ступлением полового созревания эта восприимчивость резко уменьшается, взрослые и дети старше 15 лет заболевают очень редко.

На волосистой части головы появляются бледно-красноватые пятна округлой формы, покрытые отрубевидными чешуйками. Волосы на этих пятнах кажутся поредевшими, так как часть волос обламывается на высоте 1—3 мм (рис. 57). Иногда волосы обламываются на уровне кожи и имеют вид «черных точек». Величина очажков от 2—3 мм до 1 см в поперечнике, редко больше. Заболевание имеет хроническое, очень длительное течение. При отсутствии лечения выздоровление может наступить лишь в период полового созревания, да и то не у всех больных.

Поражение гладкой кожи наблюдается или одновременно с поражением волосистой части головы, или в качестве самостоятельного заболевания. На коже образуется розово-красное округлое пятно с четкими границами. Центр его имеет буроватый оттенок и покрыт отрубевидными чешуйками. Края очага более яркого

цвета, слегка возвышаются, на них заметны пузырьки величиной с булавочную головку и корочки. Пятна постепенно увеличиваются до 2—3 см в поперечнике и больше и могут сливаться между собой. Больные обычно жалуются на умеренный зуд. Поражаются чаще открытые части тела.

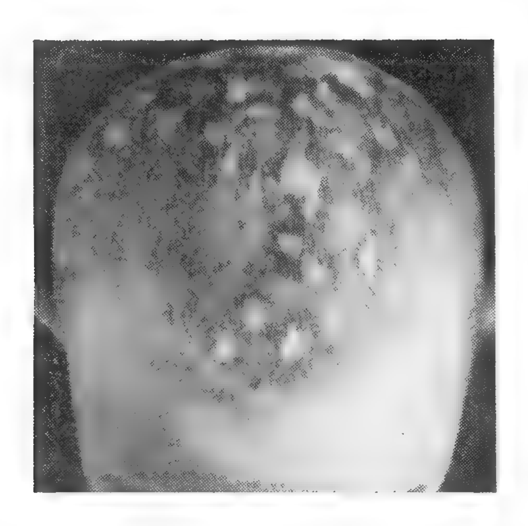


Рис. 57. Поверхностная трихофития волосистой части головы.

Поверхностная трихофития гладкой кожи при отсутствии лечения может длиться несколько недель или месяцев.

Поражение ногтей встречается приблизительно у 2% детей, больных поверхностной трихофитией волосистой части головы. Сначала свободный край ногтя, а потом вся ногтевая пластинка становится неровной, бугристой, тусклого грязно-серого цвета, легко крошится.

Хроническая трихофития взрослых. По своей картине хроническая трихофития взрослых значительно отличается от поверхностной трихофитии детей. Женщины болеют гораздо чаще, чем мужчины. Заболевание начинается в детстве как обычная поверхностная трихофития. Однако в период полового созревания при неблагоприятном состоянии организма (неполноценное питание, нарушения функций нервной системы, эндокринных желез,

расстройства менструально-овариального цикла и др.) не происходит самоизлечения. У взрослых больных хронической трихофитией на волосистой части головы, чаще в затылочной и височных областях, имеются мелкие очажки с отрубевидными чешуйками и «черными точка-

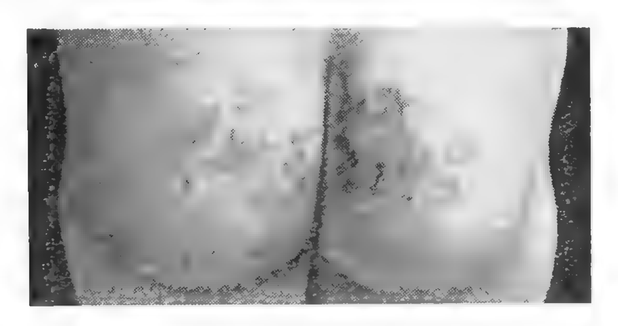


Рис. 58. Хроническая трихофития взрослых.



Рис. 59. Трихофития ногтей.

ми», отдельные «черные точки» на неизмененной коже и мелкие плешинки с гладкой атрофической поверхностью от одного до нескольких миллиметров в поперечнике. Часто встречается и поражение гладкой кожи в виде симметричных бледно-синюшных пятен неправильной формы с нерезкими границами и слабым шелушением. Пятна обычно наблюдаются на голенях, ягодицах, предплечьях, ладонях и подошвах (рис. 58). Поражение ногтей при

хронической трихофитии взрослых встречается гораздо чаще, чем у детей, — почти у $^1/_3$ больных. Обычно поражено несколько ногтей, иногда все ногти рук и даже ног (рис. 59).

Хроническая трихофития взрослых отличается упорным течением и лечение ее представляет большие трудности.



Рис. 60. Глубокая трихофития волосистой части головы.



Рис. 61. Глубокая трихофития волосистой части лица (паразитарный сикоз).

Глубокая трихофития. Вызывается глубокая трихофития вневолосным трихофитоном (трихофитон эктотрикс) — грибком, нити и споры которого располагаются главным образом на поверхности волоса. Различают крупноспоровой (мегаспорон) вневолосной трихофитон, являющийся паразитом крупного рогатого скота, и мелкоспоровой (микроид) вневолосной трихофитон — паразит мышей и крыс. У человека вневолосные трихофитоны могут вызывать заболевание волосистой части головы, усов и бороды, гладкой кожи и очень редко — ногтей.

Глубокая трихофития волосистой части головы начинается с появления розово-красного шелушащегося

пятна правильной круглой формы. Воспалительные явления быстро усиливаются, образуется ярко-красная, резко отграниченная круглая бляшка, плотноватая и болезненная на ощупь. На ее поверхности имеется множество фолликулярных гнойничков, эрозии и язвочки, гнойные корки. Волосы на очаге частично выпадают и становятся поредевшими. Очаги увеличиваются, достигая размеров 20- или 5-копеечной монеты и больше (рис. 60). Обычно имеется 1—2 очага поражения. Глубокую трихофитию усов и бороды часто называют «паразитарным сикозом» в отличие от непаразитарного, или стафилококкового, сикоза (рис. 61).

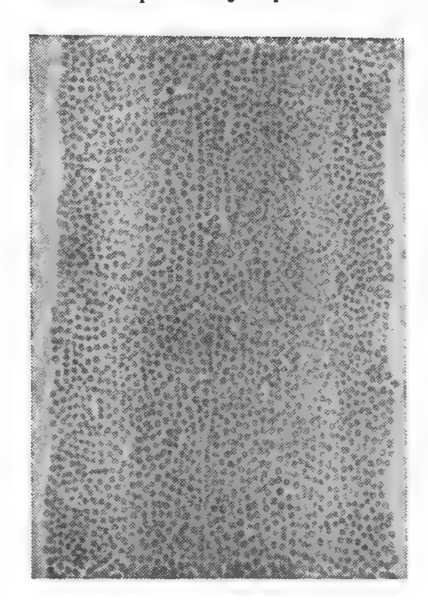


Рис. 62. Волос, пораженный грибком микроспорумом, под микроскопом.

Заболевание протекает остро. Больные жалуются на сильные боли, жжение, часто на головную боль, повышение температуры тела и увеличение ближайших лимфатических узлов. При отсутствии лечения глубокая трихофития через 3—4 месяца заканчивается образованием рубца с полным или частичным облысением.

Глубокая трихофития гладкой кожи наблюдается обычно на открытых участках. Очаги поражения единичны. Они яркого розово-красного цвета, возвышаются, плотноваты, круглой формы с резкими границами. На поверхности их гнойнички, эрозии, язвочки, гнойные корки. После заживления остаются рубцы.

Микроспория. Возбудитель ее—грибок микроспорум. Он поражает у человека волосы и гладкую кожу. Нити грибка находятся внутри волоса, а споры его покрывают пораженный волос как бы чехлом (рис. 62). Сущест-

вует два вида микроспорума, которые вызывают две формы микроспории.

Ржавый, или человеческий, микроспорум является паразитом только человека. Вызванная им микроспория отличается особо высокой заразительностью. Заражаются главным образом дети в возрасте до 13 лет, реже 13—15 лет. На волосистой части головы появляются ше-



Рис. 63. Микроспория волосистой части головы и гладкой кожи, вызванная ржавым микроспорумом.



Рис. 64. Микроспория волосистой части головы, вызванная кошачьим микроспорумом.

лушащиеся очаги разной величины и формы, с неясными границами, часто сливающиеся между собой. На очагах поражена только часть волос; волосы обламываются на высоте 3—8 мм. Характерно расположение очагов у краев волосистой части головы с частичным захватом и гладкой кожи (рис. 63).

Пушистый, или кошачий, микроспорум является паразитом кошек. От больных кошек и происходит заражение людей, преимущественно детей до 13 лет. При «кошачьей» микроспории у больного на волосистой части головы можно видеть 1—2 очага величиной с 3—5-копеечную монету и больше. Нередко имеется несколько

мелких очагов. Очаги имеют правильную круглую форму и резкие границы, покрыты отрубевидными чешуйками. На очагах все или почти все волосы обломаны на высоте 3—8 мм и кажутся утолщенными и беловатыми за счет чехла спор, окружающих обломки волос (рис. 64).

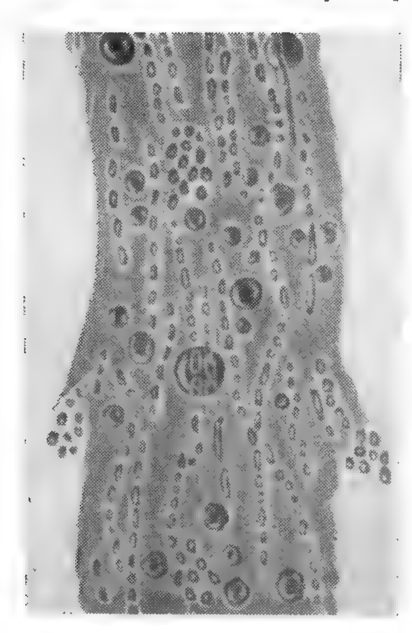


Рис. 65. Волос, пораженный грибком ахорионом, под микроскопом.

Диагностика обеих форм микроспории облегчается характерным зеленоватым свечением пораженных микроспорумом волос при облучении их кварцевой лампой с люминесцентным фильтром.

Микроспория гладкой кожи очень напоминает поверхностную трихофитию гладкой кожи.

Парша (фавус). Возбудитель парши — грибок ахорион Шенлейна — паразитирует только на человеке. Парша сравнительно менее заразительна, чем микроспория и трихофития. Заражаются в основном дети от 5 до 14 лет, но нередко и дети ясельного возраста. Возбудитель парши поражает волосы, гладкую кожу и ногти. Грибок располагается внутри волоса и отличается разнообразием нитей и спор по величине и форме (рис. 65).

П а р ш а в о л о с и с т о й ч а с т и г о л о в ы. Заболевание начинается с красноватого пятна, которое постепенно превращается в скутулу (щиток). Щиток имеет правильную круглую форму с блюдцеобразным углублением в середине. В центре его проходит волос. Цвет щитка желтый, величина от булавочной головки до 1—1,5 см в поперечнике. Щиток плотно держится на коже. После его отпадения остается стойкая атрофия кожи, и волосы на этом месте больше не вырастают. При ос-

мотре головы больного паршой обращают на себя внимание участки облысения с гладкой, блестящей, атрофической кожей. На других местах видны щитки, и волосы выглядят тусклыми, серыми, сухими, как бы запыленными. При отсутствии лечения парша продолжается долгие годы, иногда до глубокой старости (рис. 66). Не так редко встречаются атипические разновидности парши, когда на очагах образуются не щитки, а корки (импетигинозная парша) или чешуйки (сквамозная парша). Однако и у этих больных пораженные волосы имеют тусклый, серый цвет, и в них можно обнаружить ахорион Шенлейна, а на очагах развивается атрофия кожи.



Рис. 66. Парша волосистой части головы.

Парша гладкой кожи наблюдается реже и проявляется в виде таких же щитков вокруг пушковых волос или красноватых пятен.

Парша ногтей встречается у $^1/_5$ больных паршой волосистой части головы. Пораженные ногтевые пластинки утолщены, грязно-желтого цвета, неровные, бугристые, крошатся.

Микиды — аллергические высыпания у больных трихомикозами в виде пятен, узелков, пузырьков. Чаще они появляются у больных глубокой трихофитией, а также при чрезмерно раздражающем лечении больных поверхностной трихофитией, микроспорией и паршой.

Эпидемиология трихомикозов. Заражение поверхностной трихофитией, микроспорией, вызванной ржавым микроспорумом, и паршой происходит при тесном соприкосновении здорового с больным, а также через предметы, которыми пользовался больной — расчески, шапки, платки, одежду, постель, мочалки, машинки для стрижки волос. Заражение трихомикозами возможно и при стрижке в парикмахерских, если при этом нарушаются правила гигиены. Наиболее высокая зарази-

тельность свойственна микроспории, вызываемой ржавым микроспорумом. В детских коллективах при позднем выявлении больных и отсутствии мер профилактики могут возникать эпидемические вспышки микроспории. Заражение поверхностной трихофитией чаще всего происходит при семейно-бытовом контакте от взрослых, страдающих хронической трихофитией. Парша распространяется главным образом при низком уровне санитарно-гигиенических навыков в семье и при длительном контакте больного со здоровым.

Заражение микроспорией, вызванной кошачьим микроспорумом, наблюдается обычно при игре детей с больными котятами и кошками (реже — собаками), при вредном обычае класть этих животных к себе в постель. Дети, больные микроспорией, также могут заражать здоровых при соприкосновении с ними или через шапки, расчески и другие предметы.

Глубокая трихофития, обусловленная крупноспоровым вневолосным трихофитоном, передается человеку при уходе за больными телятами, коровами (реже—лошадьми). Дети нередко заражаются при игре с больными телятами. Заражение глубокой трихофитией, вызванной мелкоспоровым вневолосным трихофитоном, может произойти в тех случаях, когда в жилище водятся мыши и крысы, болеющие трихофитией и оставляющие на различных домашних предметах свои выпавшие волоски.

Заражение паразитарным сикозом может произойти при бритье в тех парикмахерских, где не соблюдаются установленные правила гигиены.

Профилактика трихомикозов складывается из нескольких мероприятий — своевременного распознавания, изоляции и лечения больных, дезинфекции белья и одежды, выявления источников заражения и осмотра лиц, находившихся в соприкосновении с больным, контроля за санитарным состоянием парикмахерских. Целесообразнее всего изоляцию и лечение больных трихомикозами волосистой части головы проводить в больнице. Это особенно необходимо в отношении больных микроспорией, вызванной ржавым микроспорумом, и поверхностной трихофитией, так как они наиболее заразительны. При амбулаторном лечении больных трихомикозами часто на голову больного ребенка накладывают клеевую шапочку (цинкжелатиновую или др.). Это позволяет уменьшить

опасность рассеивания больным вокруг себя обломков волос и чешуек кожи, содержащих грибки.

Для дезинфекции белья (в процессе лечения) его замачивают (перед стиркой) в 1% растворе хлорамина или кипятят со щелоком в течение 15 минут. Одежду проглаживают горячим утюгом. По окончании лечения все белье и одежду больного подвергают заключительной дезинфекции в пароформалиновой камере.

При выявлении источников заражения и осмотре лиц, бывших в контакте с больным, следует руководствоваться эпидемиологическими данными. Например, в случае заболевания поверхностной трихофитией надо искать больных хронической трихофитией среди взрослых членов семьи, а также больных детей в семье, в доме и в детском коллективе. При заболевании микроспорией, вызванной кошачьим микроспорумом, необходим осмотр на ветеринарном пункте кошек и собак, с которыми больной соприкасался. При заражении глубокой трихофитией от телят и коров ветеринарные работники организуют лечение больных животных и проводят дезинфекцию на скотных дворах, в телятниках и т. п. Если глубокая трихофития вызвана мелкоспоровым вневолосным трихофитоном, то необходима борьба с грызунами (домовые мыши, крысы, полевые мыши и др.) — проведение **дератизации** в жилых, хозяйственных и животноводческих помещениях.

В детских учреждениях предусмотрены следующие меры профилактики трихомикозов:

1. Осмотр всех детей при поступлении или при возвращении с каникул, после отъезда и т. д.
2. Ежемесячный осмотр всех детей.
3. Осмотр персонала при поступлении на работу и затем один раз в месяц.
4. Немедленная изоляция детей с подозрением на грибковое заболевание. При подтверждении диагноза трихомикоза больной должен быть госпитализирован.
5. Перед массовой стрижкой детей производить осмотр детей и сначала стричь детей с нормальным состоянием волосистой части головы. После стрижки каждого ребенка машинку обжигают в пламени спиртовки. Во вторую очередь стригут детей с шелушением, покраснением или корочками на голове. Машинку разбирают после стрижки каждого из них, части ее очищают от волос и обжигают на спиртовке.

6. В случае заболевания трихомикозом осматривают один раз в неделю всех детей в течение 2—3 недель. При заболевании микроспорией, вызванной ржавым микроспорумом, осмотры проводят один раз в 4—5 дней в течение 6 недель.

Лечение больных трихомикозами

Для лечения трихофитии, микроспории и парши волосистой части головы необходимо удаление волос (эпиляция). Эпиляция достигается путем рентгеновского облучения или с помощью эпилинового пластыря. Реже пользуются таллиевым пластырем. После рентгеновского облучения, начиная с 11—12-го дня, больному ежедневно моют голову теплой водой с мылом. Это облегчает выпадение волос, которое обычно заканчивается к 18—20-му дню после облучения. С 18-го дня эпиляционным пинцетом удаляют обломки волос, невыпавшие волосы. «Черные точки» удаляют иглой для шприца и пинцетом. Чтобы волосы не обрывались при эпиляции, их захватывают пинцетом по одному и извлекают по направлению роста волоса. Вся эпиляция должна быть закончена в течение 4—5 дней. Особенно тщательно проводят эпиляцию на очагах заболевания и в зоне 1—2 см вокруг них. Затем приступают к втиранию на ночь мази Вилькинсона и к мытью головы теплой водой с мылом утром с последующим смазыванием 2% настойкой йода. Продолжительность лечения при микроспории, вызванной ржавым микроспорумом, хронической трихофитии взрослых и парше 6—8 недель, при остальных трихомикозах — 4—5 недель.

Во многих случаях для лечения больных трихомикозами прибегают к методу «отслойки» А. М. Ариевича. На 18—20-й день после рентгеновского облучения голову покрывают толстым слоем мази, содержащей 12% салициловой кислоты и 6% молочной (или 3% бензойной) кислоты. Для детей до 6 лет берут мазь с 6% салициловой и 3% молочной кислоты. Поверх мази голову покрывают вощаной бумагой, ватой и забинтовывают на 48 часов. Затем накладывают повязку с 3% салициловой мазью. Через сутки разрыхленный роговой слой легко удаляют ватным тампоном. Сохранившиеся волосы и обломки их извлекают пинцетом. При необходимости «отслойку»

повторяют 1—2 раза с 10-дневными промежутками, в течение которых назначают ежедневное мытье головы, смазывание 2—5% настойкой йода и втирание мази Вилькинсона.

При небольшом количестве очагов поражения на голове может быть в некоторых случаях применен пластырь с 3% или 5% уксуснокислого таллия. Он накладывается на 18—20 дней непосредственно на пораженные очаги, после чего волосы на очагах легко удаляются пинцетом.

4% эпилиновый пластырь имеет то преимущество, что в среднем через 20 дней после его наложения волосы выпадают на всей голове. Дальнейшее лечение после снятия как эпилинового, так и таллиевого пластыря проводят так же, как и после рентгеновского облучения.

Новым способом лечения больных трихомикозами является противогрибковый антибиотик гризеофульвин. Его назначают внутрь детям до 3 лет по 0,125 г 2 раза в день, от 4 до 7 лет — по 0,25 г 2 раза, от 8 до 16 лет — по 0,25 г 3 раза и старше 16 лет — по 0,25 г 4 раза в день. Первую неделю лечения гризеофульвин принимают ежедневно, а затем в течение 3—6 недель через день. При лечении гризеофульвином волосы на голове сбривают один раз в неделю и ежедневно моют голову и смазывают ее 2% настойкой йода и мазью Вилькинсона. Если на голове имеются множественные очаги поражения, то проводят «отслойку» по А. М. Ариевичу.

Очаги поражения гладкой кожи смазывают 1—2 раза в день 2—5% настойкой йода или втирают мазь Вилькинсона в течение 7—10 дней. Поражение ногтей у больных трихофитией и паршой требует назначения гризеофульвина внутрь и одновременно лечения пораженных ногтевых пластинок противогрибковыми пластырями (А. М. Ариевич и Б. М. Лебедев). Можно также удалять ногтевые пластинки по способу А. Н. Аравийского, онихолизином по способу Г. К. Андриасяна или хирургическим путем.

Лечение больных глубокой трихофитией несколько отличается от лечения остальных трихомикозов. Рентгеновское облучение, эпилиновый и таллиевый пластырь здесь могут вызывать резкое обострение и потому не применяются. Нельзя назначать и «отслойку» по А. М. Ариевичу, настойку йода, мазь Вилькинсона.

Хорошее действие оказывает гризеофульвин. Местное лечение заключается в удалении волос эпиляционным пинцетом на очагах и в зоне 1 см вокруг них, в назначении примочек из 0,1% раствора риванола, 5—10% ихтиола.

Организация борьбы с грибковыми заболеваниями в СССР считается государственной задачей. В царское время из-за тяжелых условий жизни и безграмотности народа грибковые заболевания в ряде районов страны были широко распространены, а правительство капиталистов и помещиков не вело настоящей борьбы с этим злом. Советское здравоохранение, выполняя поставленную партией и правительством задачу оздоровления населения, провело огромную работу по борьбе с грибковыми заболеваниями и добилось значительного снижения заболеваемости ими.

Все работники лечеоных и детских учреждений должны хорошо знать и точно выполнять правила профилактики грибковых заболеваний. Большое значение имеет санитарное просвещение — ознакомление населения с проявлениями и путями заражения грибковыми заболеваниями и способами их предупреждения.

Успех всей работы по борьбе с грибковыми заболеваниями во многом зависит от квалификации средних медицинских работников, от их честного и добросовестного отношения к делу.

§ 7. БОЛЕЗНИ КОЖИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ЖИВОТНЫМИ ПАРАЗИТАМИ

Чесотка

Чесотка вызывается чесоточным клещом, или зуднем, из класса паукообразных (рис. 67). Попав на кожу человека, самка клеща прокладывает в роговом слое ходы, в которых живет, питается и откладывает яйца. Самец живет на поверхности рогового слоя, под чешуйками. Размеры самки 0,35 мм, самца — 0,25 мм. Из яиц через 3—4 дня выходят молодые клещи, достигающие через несколько недель половой зрелости. Заражение чесоткой происходит при тесном соприкосновении здорового с больным чесоткой — общая постель, ношение обще-

го белья, одежды, пользование общим полотенцем, мочалкой. Дети могут заражаться во время игр, борьбы и т. п. Возможно заражение в бане при антисанитарных условиях.

Признаки чесотки появляются через 7—12 дней после заражения. Главный из них зуд. Степень его раз-

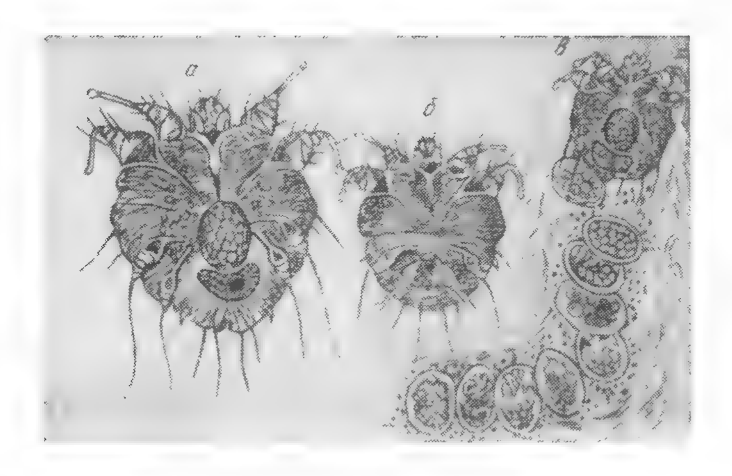


Рис. 67. Чесоточный клещ.

а — самка; *б* — самец; *в* — чесоточный ход с клещом, яйцами и испражнениями клеща.

лична в зависимости от состояния нервной системы. Зуд усиливается вечером и ночью. Это зависит от усиления деятельности клеща (прокладывание новых ходов, кормление) в это время.

Кожные высыпания при чесотке располагаются на сгибательных сторонах рук, на груди, животе, ягодицах, бедрах, мужских половых органах, молочных железах у женщин. Особенно часто поражаются межпальцевые складки рук и сгибательная сторона лучезапястных суставов, где нередко можно видеть характерные **чесоточные ходы.** Они имеют вид дугообразной или извилистой линии сероватого или черноватого цвета 2—3 мм длины. Через лупу видно, что они состоят из близко расположенных черных точек — отверстий, которые прорывает самка клеща для доступа воздуха и выхода молодых клещей на поверхность.

Другими проявлениями чесотки являются красноватые узелки, пузырьки и кровянистые корочки величиной с булавочную головку. Вследствие сильного зуда и расчесов чесотка часто осложняется вторичной пиодермией, дерматитом, лимфаденитом (рис. 68).



Рис. 68. Чесотка.

При отсутствии лечения чесотка может продолжаться многие месяцы.

Лечение. При чесотке назначают втирание в кожу веществ, разрыхляющих роговой слой и убивающих клеща. Перед началом лечения больной должен вымыться дома теплой водой с мылом и мочалкой. При лечении по способу М. П. Демьяновича больной сначала в течение 10 минут втирает в кожу 60% раствор гипосульфита натрия. Раствор гипосульфита наливают в тарелку, блюдо, тазик, в которые больной погружает руки при втирании. После 10-минутного перерыва больной повторяет втирание в течение 10 минут.

После этого проводится втирание 6% раствора концентрированной соляной кислоты (или 20% раствора продажной разведенной соляной кислоты). Этот раствор больной наливает из посуды на ладонь и втирает в кожу 4 раза по 5 минут с 5-минутными перерывами. По окончании втирания больной через 5—10 минут надевает чистое белье. На 2-й или 3-й день лечение полезно повторить. Затем через 3 дня назначают мытье, смену белья и медицинский осмотр для проверки излечения.

Для лечения мазевыми способами пользуются мазью Вилькинсона (по 15% дегтя и серы, 10% мела и по 30% зеленого мыла и вазелина), серно-дегтярной или серной мазью (10—30%). Одну из этих мазей больной

на ночь втирает 20—30 минут в кожу в течение 4—6 дней. На 7-й день больной моется, сменяет белье и приходит на медицинский осмотр.

Профилактика чесотки требует прежде всего быстрого и эффективного лечения больных и осмотра членов их семьи и других лиц, имевших тесный контакт с больным. Нательное и постельное белье больных кипятится со щелоком или подвергается дезинфекции в сухожаровой или влажной камере, или опыляется ДДТ. Верхнюю одежду обезвреживают в камере или опыляют ДДТ, или проглаживают горячим утюгом.

Распространение чесотки связано с материальным и санитарным неблагополучием населения. В царской России заболеваемость чесоткой имела массовый характер. В нашем социалистическом государстве рост материальной обеспеченности и санитарной культуры населения сделал чесотку очень редким заболеванием.

Вшивость

Вшивость, или педикулез, также служит показателем бедности, нужды и санитарной неграмотности населения. В некоторых капиталистических странах вшивость представляет массовое явление. В Советском Союзе систематическое повышение материального благополучия и культуры трудящихся привели к почти полной ликвидации вшивости среди населения. Полная ликвидация вшивости должна быть задачей ближайшего времени.

У человека могут паразитировать три вида вшей: головная, платяная и лобковая (рис. 69).

Головная вошь темно-серого цвета. Самка откладывает за свою жизнь до 150 гнид, прикрепляя их к волосам. Из гнид через 5—6 дней выходят молодые вши, которые могут через 3 недели сами производить потомство. Вши вызывают сильный зуд волосистой части головы, что ведет к расчесам, вторичной пиодермии и дерматитам.

Передача вшивости происходит при тесном общении и через головные уборы, платки, расчески.

Лечение. Волосы густо смазывают смесью керосина пополам с растительным маслом, завязывают косынкой и оставляют на ночь. Утром голову моют теплой водой с мылом, смачивая голову подогретым столовым уксусом

для удаления гнид, и тщательно вычесывают частым гребнем.

Платяная вошь сероватого цвета, питается кровью, живет в складках белья. Гниды она откладывает в складках белья, в швах, на длинных и пушковых волосах. Укусы вшей вызывают очень сильный зуд, приводящий к расчесам, дерматитам, вторичной пиодермии. Передача

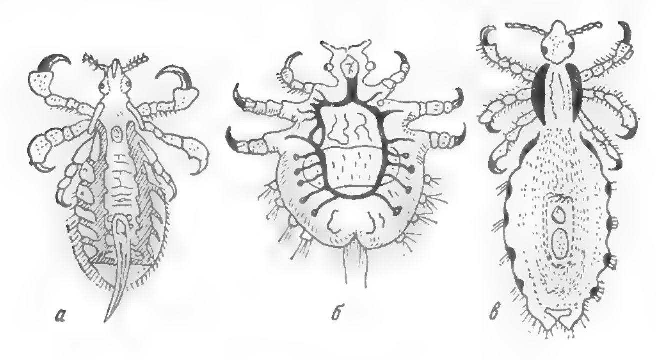


Рис. 69. Вши.
а — головная; *б* — лобковая; *в* — платяная.

платяных вшей происходит при соприкосновении с человеком, на котором они паразитируют, или при пользовании его одеждой, бельем, постелью.

Лечение. Регулярное тщательное мытье с мылом со сменой и дезинфекцией белья и одежды позволяет быстро ликвидировать платяную вшивость. Для дезинфекции употребляют опыление ДДТ, помещение белья и одежды во влажную или сухожаровую дезинфекционную камеру, кипячение со щелоком. При сильной завшивленности необходимо бритье волос на лобке, в подмышечных впадинах и других участках.

Лобковая вошь (площица) величиной до 1,5 мм, сероватого цвета. Лобковые вши располагаются на волосах у их основания, обитают на лобке, половых органах, животе, вокруг заднего прохода. При сильной завшивленности вши паразитируют на бедрах, груди и других местах вплоть до бровей и ресниц. Больные жалуются на очень сильный зуд. Заражение чаще всего происходит при половых сношениях.

Лечение. Пораженные участки смазывают 2% взвесью ДДТ в растительном масле. Можно также сбривать на них волосы и затем смазывать сулемовым уксусом или втирать серую ртутную или серно-дегтярную мазь.

Профилактика вшивости заключается в проведении профилактических осмотров в детских коллективах, ремесленных училищах, общежитиях. Необходимо также вести санитарно-просветительную работу о вреде вшивости и мерах ее предупреждения.

§ 8. ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ

Туберкулез кожи представляет одно из проявлений общей туберкулезной инфекции у человека. У больных туберкулезом кожи при подробном обследовании нередко находят туберкулезные поражения и в других органах.

Возбудитель туберкулеза — микобактерия туберкулеза (туберкулезная палочка) — попадает чаще всего в кожу из туберкулезных очагов в легких, лимфатических узлов и других органов. Реже микобактерия туберкулеза вносится в кожу извне.

Проникать в кожу из имеющегося в организме очага туберкулеза микобактерии могут несколькими путями — по лимфатическим щелям и сосудам, с током крови, по протяжению (переход микобактерий из очага на прилегающие к нему ткани).

У больных с активным, тяжело протекающим туберкулезом внутренних органов нередко патологическое отделямое этих органов (мокрота, моча, испражнения) содержит массу микобактерий. Попадая на слизистую оболочку естественных отверстий и окружающую кожу, микобактерии могут вызвать туберкулезное поражение их (аутоинокуляция, или самозаражение).

Клинические проявления туберкулеза кожи очень разнообразны. Это объясняется различиями в общем состоянии организма больных и его сопротивляемости туберкулезной инфекции. Наиболее частой формой туберкулеза кожи является **туберкулезная, или вульгарная, волчанка.** Она начинается обычно в детском или юношеском возрасте. Самая частая локализация волчанки — лицо, особенно нос. Заболевание начинается с появления одного или нескольких плоских бугорков с булавочную

головку или чечевицу величиной. Цвет их синюшно-красный, с желтым оттенком. Бугорки при ощупывании мягкие. Пуговчатый зонд при давлении легко углубляется в ткань бугорка (симптом зонда), давление болезненно, часто сопровождается кровотечением. При надавливании предметным стеклом бугорки становятся желтовато-бурыми, полупрозрачными (симптом «яблочного желе»).



Рис. 70. Бородавчатая и язвенная волчанка.

Бугорки постепенно увеличиваются, возвышаются над поверхностью кожи, сливаются между собой, образуя инфильтрированные бляшки. В дальнейшем бугорки медленно подвергаются некрозу, который может происходить или сухим путем, или в виде изъязвления. Течение волчанки крайне длительное — годы и десятки лет.

У больных сухими, или плоскими, формами волчанки воспалительные явления слабо выражены, изъязвления наблюдаются редко. Разрешение бугорков идет очень медленно и они замещаются участками рубцовой атрофии кожи. В зависимости от величины и формы бугорков различают несколько сухих форм волчанки: плоскую, гипертрофическую, опухолевидную и бородавчатую (рис. 70).

Язвенные формы волчанки отличаются более резко выраженными воспалительными явлениями, более быстрым некрозом инфильтрата с образованием язв. Язвы

поверхностные, неправильной формы, с нерезкими границами, легко кровоточат, часто сливаются между собой. Дно их бледно-красное, вялое, заживление происходит чрезвычайно медленно. При присоединении гноеродной инфекции язвы могут покрываться гнойными корками.

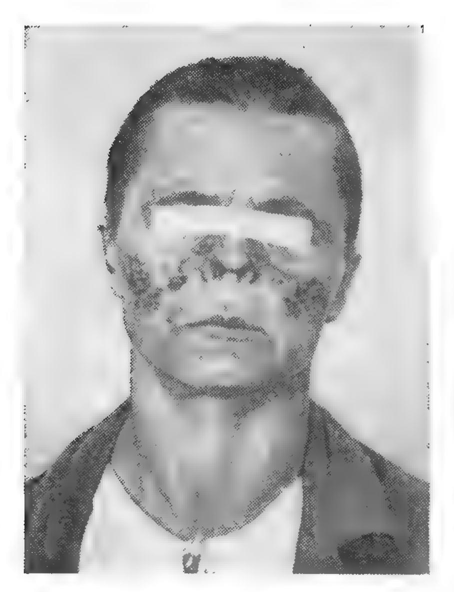


Рис. 71. Язвенная волчанка.



Рис. 72. Мутилирующая (уродующая) волчанка кисти.

Заживает язвенная волчанка с образованием поверхностных, тонких, гладких, блестящих рубцов (рис. 71). Характерно, что на рубцах часто возникают новые бугорки. В некоторых случаях язвенный процесс переходит на глубжележащие ткани — мышцы, хрящи, кости, вызывая большие разрушения (уродующая, или мутилирующая, волчанка) (рис. 72). Особенно часто обезображивается лицо — нос принимает форму «птичьего клюва», «бараньего носа», развивается сужение ротового отверстия, выворот век. У части больных волчанка поражает десны и другие участки слизистой оболочки рта, слизистую носа.

Хроническое течение, частота поражения лица и его обезображивание делают волчанку очень тягостным заболеванием. Довольно часто встречается и другая форма туберкулеза кожи—**скрофулодерма, или колликвативный туберкулез кожи.** Заболевание это встречается главным образом у детей и подростков. Наиболее частая локализация — шея, реже область грудины, паховые складки и другие участки. В подкожной клетчатке образуется плотный безболезненный узел с горошину или лесной орех величиной. Он постепенно увеличивается и становится синюшно-красным. Потом узел в центре размягчается и вскрывается с выделением жидкого гноя. На этом месте образуется язва овальной или неправильной формы с тонкими, мягкими, подрытыми синюшно-красными краями (рис. 73). Дно язвы неровное, кровоточащее, покрыто гнойным налетом или корками. После заживления остаются неровные рубцы с кожными выступами, сосочками и «мостиками». Количество узлов у больных бывает различным, развитие каждого из них продолжается несколько месяцев, а в целом заболевание может длиться значительно дольше.



Рис. 73. Скрофулодерма.

Существует и несколько других форм туберкулеза кожи, более редко встречающихся: бородавчатый туберкулез кожи, язвенный туберкулез слизистых оболочек и кожи, лихеноидный, папуло-некротический и индуративный туберкулез кожи.

Лечение. Самое главное в лечении больных туберкулезом кожи—создание правильного режима для больного. Больной нуждается в отдыхе после работы, ежедневных прогулках, занятиях гимнастикой, достаточном сне,

диете с большим содержанием витаминов, белков и жиров и с ограниченным количеством углеводов и соли. Жилище больного должно содержаться в чистоте и хорошо проветриваться. Важное значение имеет общее лечение противотуберкулезными препаратами. Фтивазид принимают внутрь по 1—1,5 г в день, разделив на 3—4 приема, на курс 80—200 г. Вместо фтивазида назначают также салюзид и тубазид.

Стрептомицин и дигидрострептомицин применяют внутримышечно 1 раз в день по 0,5—1 г, на курс 40—80 г. Витамин D_2 назначают в некоторых случаях взрослым больным волчанкой по 50 000—100 000 ЕД в день внутрь в течение нескольких месяцев. Чаще всего назначают одновременно два противотуберкулезных препарата, например, фтивазид и стрептомицин. В большинстве случаев назначают повторные курсы лечения противотуберкулезными препаратами. Все противотуберкулезные препараты могут вызвать различные осложнения и поэтому требуют внимательного наблюдения за больными в процессе лечения. Больным туберкулезом кожи необходимо также назначать общеукрепляющие средства — аскорбиновую кислоту, витамин B_{12}, рыбий жир, препараты железа и фосфора.

При отсутствии туберкулезных поражений других органов больным туберкулезом кожи очень полезны солнечные ванны и курортное лечение (Южный берег Крыма, Северный Кавказ). В зимнее время можно назначать облучение ртутно-кварцевой лампой. К наружному лечению прибегают главным образом при наличии плохо заживающих язв у больных волчанкой и скрофулодермой (диатермокоагуляция, выскабливание острой ложкой, иссечение очагов).

Организация борьбы с туберкулезом кожи в СССР. Всех больных с туберкулезом кожи берут на учет и под диспансерное наблюдение. Осматривают всех членов семьи каждого больного. Лечебное учреждение, взявшее на учет больного туберкулезом кожи, обязано не только провести ему необходимое лечение, но и помочь наладить ему правильный режим жизни.

Все лечебные и профилактические меры у больных туберкулезом кожи проводятся в городах в кожных кабинетах противотуберкулезных диспансеров, на селе — в сельских больницах.

В результате планомерной борьбы с туберкулезом кожи, проводимой в СССР, число этих заболеваний значительно снизилось.

§ 9. ЛЕПРА

Проказа, или лепра, вызывается микобактерией лепры (палочка Ганзена). Это тяжелое хроническое заболевание, поражающее кожу, слизистые оболочки, нервную систему и внутренние органы. Микобактерия лепры попадает в организм человека через слизистую оболочку носа или через кожу. Заражение происходит при тесном бытовом общении с больным лепрой, преимущественно в детском возрасте. Заражению способствуют плохие гигиенические условия.



Рис. 74. Лепроматозная лепра.

Первые признаки болезни появляются обычно через 3—5 лет после заражения и начинаются с продромальных симптомов — увеличение паховых и бедренных лимфатических узлов, головные боли, слабость, сухость в носу и носовые кровотечения. Клинические проявления лепры разнообразны и соответствуют трем типам болезни. **Лепроматозный тип** отличается тяжелым течением и слабой сопротивляемостью организма. На коже появляются «лепромы» — бугорки и узлы, а также диффузные инфильтраты. Цвет их красновато-бурый. Имеются также пятна. Лепромы могут рассасываться, оставляя атрофию кожи, или изъязвляются. Особенно часто поражается лицо, приобретающее сходство с «львиной мордой» из-за неровной, бугристой поверхности с глубокими складками. Характерны понижение или потеря чувствительности на лепромах и пятнах (рис. 74). Часто поражается слизистая оболочка носа, рта, гортани. Поражаются лимфатические узлы, кости, глаза, печень.

Больные лепроматозным типом лепры представляют наибольшую опасность заражения, так как в слизи носа и в отделяемом язв содержится много микобактерий.

Туберкулоидный тип лепры характеризуется сравнительно доброкачественным течением. На коже образуются узелки, пятна, реже—бугорки с понижением чувствительности на их поверхности. Эти элементы при заживлении оставляют только депигментацию, иногда атрофию. Наблюдается поражение нервной системы в виде утолщения отдельных нервных стволов, парезов и параличей. Микобактерии редко обнаруживаются в слизи носа; заразительность этих больных для окружающих невелика.

Недифференцированный тип лепры сопровождается поражением нервных стволов, их утолщением и перерождением. Это влечет за собой потерю чувствительности на обширных участках кожи, образование язв, атрофию мышц, параличи, деформацию суставов, разрушение костей. На коже наблюдаются депигментированные и пигментные пятна с потерей чувствительности.

Течение лепры хроническое. При отсутствии лечения исход часто неблагоприятен — инвалидность или смерть.

Лечение лепры наиболее эффективно в начале заболевания. Для лечения применяют сульфоновые препараты (сульфетрон в виде инъекций и др.), хаульмугровое масло. Необходим правильный режим, полноценное питание.

Борьба с лепрой в СССР. Больных с активными явлениями лепры изолируют в лепрозории, где им обеспечены лечение и правильный режим. Всех членов семьи больных лепрой и лиц, бывших в тесном соприкосновении с ними, берут под длительное наблюдение.

Благодаря планомерной борьбе с лепрой заболеваемость ею в СССР значительно снизилась.

§ 10. КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Красная волчанка — хроническое заболевание. На открытых частях тела, чаще всего на лице, появляются круглые или овальные красные пятна и бляшки с резкими границами. Кожа на них утолщена, уплотнена, покрыта сероватыми, плотно сидящими чешуйками.

Воспалительный процесс заканчивается атрофией кожи. Часто на одном очаге в центре можно видеть участок

атрофии, дальше зону инфильтрата, покрытую чешуйками и по периферии каемку красноты (рис. 75). Течение хроническое, обострения и рецидивы болезни обычно наблюдаются весной и летом, что объясняется наличием повышенной чувствительности больных к ультрафиолетовым лучам.

Рис. 75. Красная волчанка (поражение лица и волосистой части головы).

Существует и более редкая **системная красная волчанка** (подострая и острая) с поражением почек, печени, сердца, суставов, тяжелым течением и нередко смертельным исходом.

Этиология красной волчанки не выяснена. Известно, что в развитии ее играют большую роль нарушение функции соединительной ткани, эндокринные расстройства (женщины болеют чаще), очаги хронической инфекции.

Лечение. Для лечения хронической красной волчанки назначают резохин по 0,25 г 1—2 раза в день в течение нескольких недель, никотиновую кислоту, витамин B_{12}. Иногда применяют также аминохинол (0,1 г 3 раза), акрихин (0,1 г 3 раза). Нужно лечить сопутствующие заболевания. Наружное лечение заключается в назначении сначала противовоспалительных мазей и паст (с ихтиолом, серой, борной кислотой). При уменьшении явлений воспаления и наличии выраженной инфильтрации на очаги накладывают 10% акрихиновый пластырь или 10% акрихиновую мазь и сверху заклеивают полосками липкого пластыря. Повязку сменяют 1 раз в 2—4 дня. Необходима защита кожи от солнечного света (шляпы с полями, зонтики, защитные мази с 15% парааминосалициловой кислоты или с 10% хинина, танина, салола).

§ 11. ДЕРМАТИТЫ

Дерматит — воспаление кожи, вызванное внешним раздражителем. Одни внешние раздражители всегда у всех людей при воздействии на кожу вызывают дерматит. Это безусловные раздражители (крепкие кислоты и щелочи, горячая вода выше 50°, большие дозы солнечных, ультрафиолетовых и рентгеновых лучей, механические раздражения). Другие внешние раздражители вызывают дерматит лишь у некоторых людей, обладающих повышенной чувствительностью к ним. Такие раздражители называются условными, или аллергенами. Различают дерматиты простые (артифициальные), вызванные безусловными раздражителями, и аллергические, вызванные аллергенами. Иногда аллерген действует не непосредственно на кожу, а проникает в организм через пищеварительный канал, дыхательные пути или вводится под кожу, в мышцу или вену. В таких случаях также может развиться воспалительный процесс в коже, который носит название **токсикодермии.**



Рис. 76. Медикаментозный буллезный дерматит (от мази с салициловой и молочной кислотой).

Простые дерматиты характеризуются краснотой и отечностью кожи на пораженном участке. Больной испытывает чувство жжения, боли, иногда зуда. Чем сильнее было раздражающее действие и чем дольше действовал на кожу раздражитель, тем более выражены воспалительные явления. После прекращения действия раздражителя воспалительные явления начинают стихать — краснота бледнеет, пузырьки подсыхают, появляется шелушение. При резко выраженном воспалении образуют-

ся пузырьки и пузыри, которые потом лопаются и превращаются в эрозии (рис. 76). Раздражители особенно большой силы могут вызывать омертвение кожи (некоторые кислоты и щелочи, температура выше 100°). В таких случаях образуются язвы, заживающие с образованием рубца.

Аллергический дерматит. Развивается аллергический дерматит в ответ на действие на кожу химических веществ (соли хрома, никеля, синтетические смолы), красок (урсол), медикаментов (соединения ртути, йод, стрептомицин и др.), пыльцы цветов и сока растений. Аллергический дерматит возникает у больных с повышенной чувствительностью к определенному аллергену. Повышенная чувствительность иногда бывает врожденной (идиосинкразия), но чаще развивается постепенно при повторных соприкосновениях больного с аллергеном (сенсибилизация). Возникновению аллергических дерматитов способствуют нарушения функций нервной системы, заболевания внутренних органов.

По картине болезни аллергический дерматит имеет сходство с простым дерматитом. На участке кожи, подвергшемся действию раздражителя, появляется краснота, отечность, узелки, пузырьки и пузыри. Пузырьки и пузыри лопаются, образуя мокнущие участки. Если соприкосновение с аллергеном прекращается, то все воспалительные явления довольно быстро затихают, но при новом воздействии аллергена заболевание возобновляется. При длительном и повторном соприкосновении больного с аллергеном возможен переход аллергического дерматита в экзему.

Токсикодермии. При попадании аллергена в пищеварительный тракт (пищевые продукты, медикаменты), в дыхательные пути (цветочная пыльца, аэрозоли антибиотиков и др.) или введении его под кожу, в мышцу, вену возникают токсикодермии. Наиболее часто токсикодермии встречаются у лиц с повышенной чувствительностью к стрептомицину, пенициллину, сульфаниламидным препаратам и другим медикаментам, к землянике, ракам, яйцам, консервам и другим продуктам.

Чаще всего у таких больных появляется распространенная, розово-красная или синюшно-красная пятнистая сыпь, иногда напоминающая скарлатинозную или коревую (рис. 77). У некоторых больных токсикодермия име-

ет вид довольно крупных круглых или овальных пятен красного цвета, которые после каждого употребления медикамента—аллергена появляются на тех же самых местах (рис. 78). Высыпания при токсикодермиях могут состоять и из других элементов — волдырей, узелков, пузырьков и пузырей, узлов.



Рис. 77. Токсикодермия.

Высыпания у больных токсикодермией обычно развиваются остро, часто сопровождаются зудом, а иногда общим недомоганием. Если пищевой продукт или лекарство, послужившее аллергеном у данного больного токсикодермией, больше им не употребляется, то в большинстве случаев через несколько дней сыпь бледнеет, зуд уменьшается, начинается шелушение и через 1—2 недели наступает выздоровление. При повторном воздействии

аллергена наступают новые вспышки токсикодермии и заболевание затягивается.

Лечение. Для лечения больных простым и аллергическим дерматитом и токсикодермиями очень важно установить, каким раздражителем вызвано заболевание, и



Рис. 78. Сульфаниламидная фиксированная эритема.

принять меры, чтобы это раздражение больше не повторялось. Если это сделано, то наружное лечение больных простым дерматитом проводится с помощью индифферентных примочек, водных и масляных взвесей, паст и мазей. Средства общего лечения при простых дерматитах назначаются лишь в случаях омертвения тканей.

Больные аллергическим дерматитом и токсикодермией нуждаются, кроме местного лечения, в назначении десенсибилизирующих и антигистаминных препаратов

(см. стр. 163). Больным токсикодермией для выведения из организма аллергена назначают слабительные, обильное питье и мочегонные средства.

§ 12. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Профессиональными называются такие кожные заболевания, которые возникают в связи с производственными условиями работы заболевшего. Из группы профессиональных заболеваний кожи выделяют профессиональные приметы. К ним относят омозолелости на ладонях у лиц физического труда, стертость ногтей у прачек и некоторые другие изменения кожи.



Рис. 79. Профессиональный масляный фолликулит.

Развитие профессиональных заболеваний кожи зависит: 1) от свойств производственного раздражителя, 2) от санитарно-гигиенических условий труда и 3) от общего состояния организма работающих.

Производственные раздражители, способные вызывать кожные заболевания, очень многочисленны. К ним относятся высокая внешняя температура, повышенная влажность, пыль, мелкие твердые частицы (каменный уголь и др.), мелкие травмы, продукты переработки каменного угля и нефти, кислоты, щелочи, соли, краски, органические растворители, искусственные смолы, пластмассы.

Наиболее часто встречаются из профессиональных кожных заболеваний простые и аллергические дерматиты и гнойничковые заболевания. Гнойничковые заболевания на производстве чаще всего наблюдаются в результате

загрязнения кожи минеральными маслами — развивается «масляный фолликулит», а потом фурункулы (рис. 79).

Лечение. При профессиональных заболеваниях кожи лечение начинают с устранения раздражителя. Остальные меры общего и наружного лечения таковы же, как и при лечении тех же заболеваний непрофессионального характера.

Профилактика профессиональных заболеваний кожи основана на проведении мер: 1) устраняющих или уменьшающих действие на кожу производственных раздражителей (автоматизация производства и пр.), 2) поддерживающих чистоту, достаточную вентиляцию и освещение на месте работы, 3) обеспечивающих соблюдение правил личной гигиены рабочими, 4) защищающих кожу от попадания вредных веществ (спецодежда, защитные мази и пленки), 5) обеспечивающих очистку кожи после работы от производственных загрязнений (мытье в душе, бане), 6) обработка мелких травм 2% настойкой йода, 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени, жидкостью Новикова.

§ 13. ЭКЗЕМА

Экзема—одно из самых распространенных заболеваний кожи. Это острое или хроническое заболевание, отличающееся разнообразием клинической картины, сильным зудом и наклонностью к рецидивам.

Экзема является аллергическим заболеванием, в возникновении которого важная роль принадлежит нарушениям деятельности нервной системы. Аллергическое состояние у больных экземой проявляется повышенной чувствительностью не к одному аллергену (как у больных аллергическим дерматитом), а к нескольким, нередко к очень многим. Повышенная чувствительность у больных экземой может наблюдаться одновременно по отношению к различным внешним аллергенам (химическим веществам, растениям, солнечному свету, воде, мылу, пищевым продуктам, медикаментам). Вместе с тем у этих же больных часто можно обнаружить повышенную чувствительность и к внутренним аллергенам, образующимся в организме при глистных заболеваниях, хронической очаговой инфекции, хронических запорах и дру-

ких болезнях внутренних органов. Экзема наиболее часто поражает лицо, руки и ноги.

Картина острой экземы напоминает аллергический дерматит: кожа становится покрасневшей, отечной, на



Рис. 80. Острая экзема.

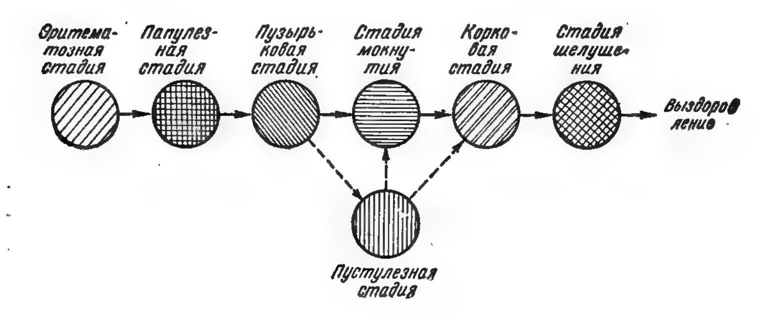


Рис. 81. Схема развития острой экземы.

ней появляются узелки с булавочную головку или просяное зерно. Узелки быстро превращаются в мелкие, не больше просяного зерна, пузырьки. Пузырьки очень скоро лопаются и превращаются в поверхностные «точечные» эрозии. Эрозии часто сливаются между собой, образуя мокнущие поверхности. В дальнейшем мокну-

тие прекращается, появляются корки, а потом шелушение (рис. 80). Однако одновременно возникают новые узелки, пузырьки и участки мокнутия (рис. 81). В случаях присоединения гноеродной инфекции на пораженных участках образуются гнойные корки. Полиморфизм элементов—наличие одновременно на очагах поражения



Рис. 82. Хроническая экзема.



Рис. 83. Микробная экзема.

эритемы, узелков, пузырьков, мокнущих участков, корочек и чешуек—характерен для острой экземы. Очаги острой экземы располагаются симметрично, размеры их увеличиваются, происходит слияние очагов. Границы очагов нерезкие. Больного беспокоят сильный зуд и жжение. Заболевание продолжается обыкновенно несколько недель, после чего исчезает или же переходит в хроническую экзему.

Исчезновение высыпаний еще не указывает на полное выздоровление, так как часто наступает рецидив острой экземы.

Для хронической экземы характерны синюшно-красный цвет очагов, утолщенная и уплотненная кожа с грубым рисунком, покрытая корками и чешуйками, силь-

ный зуд. У больных хронической экземой часто наблюдаются обострения болезни — очаги увеличиваются в размерах, становятся красными, появляется обильное мокнутие и возникают новые очаги (рис. 82). Течение хронической экземы может быть весьма длительным — годы и даже десятки лет.



Рис. 84. Мокнущая экзема у ребенка.

Существует несколько разновидностей обыкновенной экземы. Себорейная экзема обычно поражает волосистую часть головы, шею, лицо, область грудины и между лопатками, кожные складки. Очаги себорейной экземы имеют желтовато-красный цвет, покрыты желтоватыми жирными чешуйками. В кожных складках часто наблюдается мокнутие. При микробной экземе очаги располагаются вокруг гнойничка, язвы, инфицированной раны и поэтому обычно бывают несимметричными. Границы очагов резкие (рис. 83).

Детская экзема («экссудативный диатез») встречается у детей грудного и ясельного возраста. У этих детей обычно наблюдается нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (запор, срыгивание, глистные заболевания), неправильное вскармливание (слишком частое и обильное кормление, ранний прикорм), повышенная чувствительность к яйцам, коровьему молоку. Обычно на лице и волосистой части головы развивается покраснение, появляется сильный зуд, а затем узелки и пузырьки. Пузырьки очень быстро лопаются и начинается мокнутие, образуются корки (рис. 84). Больные дети неспокойны, плохо спят, плачут, теряют аппетит, отстают в развитии.

Лечение. Необходимо тщательное обследование больного и лечение сопутствующих заболеваний. Следует установить правильный режим жизни (см. стр. 162).

Для общего лечения больных экземой пользуются новокаином, аминазином и другими методами воздей-

ствия на нервную систему, десенсибилизирующими и антигистаминными препаратами, витаминами. При распространенной экземе с упорным течением назначают кортикостероидные гормоны.

Наружное лечение у больных экземой проводят в соответствии со стадией воспалительного процесса. При острых явлениях назначают индифферентные примочки, водные взвеси. По мере стихания остроты воспаления переходят на индифферентные пасты и масляные взвеси.

При явлениях инфильтрации кожи применяют пасты и мази с дегтем, нафталанской нефтью. Во многих случаях на больных экземой хорошо действуют мази с кортикостероидными гормонами.

§ 14. ЗУДЯЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

В группу зудящих заболеваний кожи включают нейродермит, кожный зуд, крапивницу, детскую почесуху (строфулюс) и почесуху (пруриго). Зуд встречается и при других кожных заболеваниях, но у больных этой группы он является одним из основных симптомов.

Кожный зуд. Это заболевание кожи, единственным признаком которого служит упорный зуд. Он может быть ограниченным, когда наблюдается на одном или немногих участках—чаще всего в области заднего прохода или наружных половых органов. Встречается и общий зуд, захватывающий весь или почти весь кожный покров. Причинами кожного зуда могут быть расстройства нервной системы (после внезапных потрясений, длительного волнения и т. п.), хронические интоксикации (запор, глистные заболевания), нарушения обмена веществ (старческий зуд и др.).

Лечение. Необходимо внимательное обследование больного и устранение тех отклонений в организме, которые могут вызывать зуд. В качестве общего лечения назначают новокаин, аминазин, димедрол. Наружно применяются спиртовые растворы с димедролом, карболовой кислотой, ментолом, мази с кортикостероидными гормонами, димедролом, ментолом.

Нейродермит. Нейродермит имеет много общего с экземой. В его возникновении также играют большую роль

нарушения деятельности нервной системы, эндокринных желез и других внутренних органов. Ограниченный нейродермит начинается с сильного зуда на одном или нескольких участках кожи—наиболее часто на задней поверхности шеи, в локтевых сгибах, подколенных ямках. Через некоторое время на этом участке появляются плоские красноватые узелки, которые сливаются и

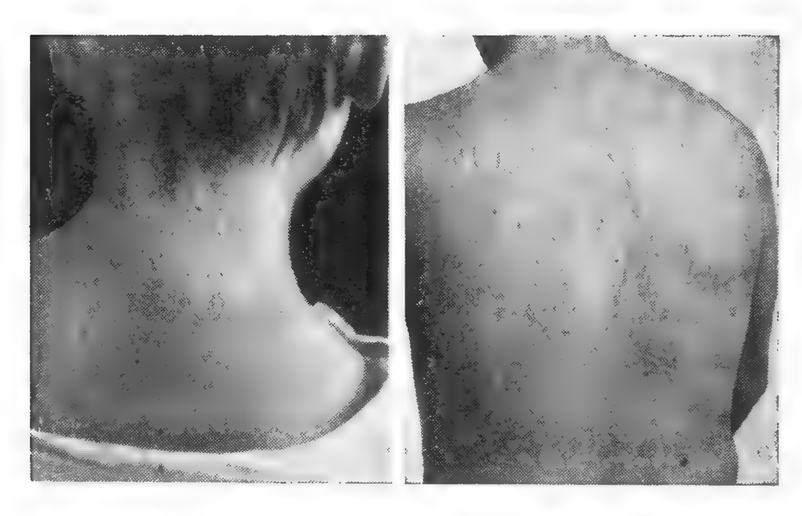


Рис. 85. Ограниченный нейродермит.

Рис. 86. Крапивница. Высыпание на месте механического раздражения.

образуют бляшку с утолщенной уплотненной кожей и грубым рисунком и шелушением (рис. 85). Сильный зуд заставляет больного расчесывать кожу и приводит к образованию ссадин и корок, а иногда к вторичной пиодермии, мокнутию, нарушает сон, делает больного раздражительным. Диффузный нейродермит встречается реже. Он начинается с упорного зуда на всей поверхности тела. Постепенно кожа делается утолщенной, сухой, пигментированной, покрытой чешуйками и кровянистыми корками.

Течение нейродермита очень длительное, улучшения сменяются новыми ухудшениями.

Лечение. Прежде всего тщательно обследуют больного, проводят лечение сопутствующих заболеваний и

устанавливают правильный режим. Из средств общего лечения применяют препараты, действующие на нервную систему, кортикостероидные гормоны, наружно — мази с дегтем, нафталанской нефтью, с кортикостероидными гормонами, парафинотерапию.

Крапивница. Крапивницей называется аллергическое заболевание, вызванное повышенной чувствительностью больного к различным внешним и внутренним воздействиям (пищевые продукты, медикаменты, укусы насекомых, действие холода, глистные и другие заболевания желудка, кишечника, печени и т. д.). Расстройства нервной системы играют важную роль в развитии крапивницы. Высыпания при крапивнице состоят из **волдырей,** которые бывают по цвету красными, розовыми или белыми в зависимости от степени отека (рис. 86). Больной чувствует при этом зуд и жжение. Появившиеся волдыри исчезают через несколько минут или часов, но тут же могут появиться новые волдыри. Крапивница по течению может быть острой и продолжаться несколько дней и хронической, длящейся месяцы и годы.

Лечение. При острой крапивнице назначают слабительное, десенсибилизирующие и антигистаминные препараты. При хронической крапивнице, кроме того, необходимо самое тщательное обследование больного, лечение сопутствующих заболеваний. Для успокоения зуда волдыри смазывают спиртовыми растворами димедрола, карболовой кислоты, ментола.

Детская почесуха, или папулезная крапивница (строфулюс). Наблюдается это заболевание у детей в возрасте от нескольких месяцев до 2—3 лет и позже. Высыпания состоят из волдырей и плотных конических узелков с просяное или конопляное зерно. На верхушке узелка иногда заметен маленький пузырек. Сильный зуд беспокоит больных, нарушает сон, приводит к расчесам и вторичной пиодермии. Волдыри быстро исчезают, узелки держатся до 10 дней. В основе этого заболевания находятся нарушения пищеварения (запор, глисты), неправильный пищевой режим и плохая переносимость некоторых видов пищи (яйца, сладости, консервы и т. д.), а также повышенная чувствительность к укусам клопов, блох и других насекомых.

Лечение. Установление правильного пищевого режима, изгнание глистов, обработка жилища ДДТ, защита

от укусов насекомых, назначение антигистаминных и десенсибилизирующих препаратов. Местно назначают спиртовые растворы, успокаивающие зуд, водные взвеси, мази с кортикостероидными гормонами.

Почесуха (пруриго)—хроническое зудящее заболевание кожи. Начинается она в раннем детстве с явлений детской почесухи, но в возрасте 3—4 лет картина болезни изменяется. Узелки становятся многочисленными, почти не возвышаются, плотны на ощупь. Больше всего их на разгибательных сторонах конечностей. Из-за нестерпимого зуда больной расчесывает кожу до крови. Это приводит к образованию кровянистых корок и рубчиков, пигментации и лихенизации кожи, вторичной пиодермии и увеличению лимфатических узлов (рис. 87).



Рис. 87. Почесуха (пруриго).

Почесуха может проходить в возрасте 7—10 лет или в период полового созревания. Гораздо реже она встречается у взрослых. Болеют ею главным образом дети, живущие в плохих материальных и гигиенических условиях.

Причины почесухи недостаточно выяснены. Большое значение придают расстройствам нервной системы, наличию глистов, хроническим интоксикациям, повышенной чувствительности к укусам клопов, блох и других насекомых. Почесуха редко встречается в СССР, но довольно часто в некоторых капиталистических странах у детей бедняков.

Лечение. Необходим правильный режим, лечение сопутствующих заболеваний, назначение новокаина, гипосульфита натрия, витаминов, железа, фосфора. Наружно применяют спиртовые растворы ментола, карболовой кислоты, мази с дегтем, димедролом, кортикостероидными гормонами, парафинотерапию.

§ 15. ПСОРИАЗ

Псориаз, или чешуйчатый лишай,—часто встречающееся кожное заболевание. Начинается оно обычно в подростковом или юношеском возрасте.

Этиология псориаза неизвестна. Возникновению его способствуют душевные потрясения и волнения, хроническая очаговая инфекция, внутренние заболевания. Высыпания состоят из розово-красных или синюшно-красных папул правильной круглой формы, покрытых серебристо-белыми пластинчатыми чешуйками. При поскабливании чешуек становится больше и поверхность папулы приобретает сходство со «стеариновым пятном». При дальнейшем поскабливании под чешуйками можно обнаружить тонкую, полупрозрачную «псориатическую пленку». После удаления этой пленки на ярко-красной поверхности папулы выступают мельчайшие капельки крови (точечное кровотечение). Вначале псориатические папулы бывают с булавочную головку, но величина их возрастает, достигая размера чечевицы или однокопеечной монеты. При слиянии их образуются бляшки (рис. 88, 89 и 90). Особенно часто высыпания у больных псориазом располагаются на разгибательных сторонах конечностей и на волосистой части головы. В большинстве случаев высыпания симметричны. В развитии высыпаний у больного псориазом можно отметить *прогрессивную стадию*, когда размеры папул увеличиваются и появляются новые папулы, нередко наблюдается зуд; *стационарную*, когда элементы псориаза долгое время остаются без изменений, и *регрессивную*, когда происходит их постепенное рассасывание и исчезновение.

Течение псориаза хроническое—годы и десятки лет. Иногда наступает улучшение или полное исчезновение сыпи, но потом она может появиться вновь. У некоторых больных отмечается поражение ногтей и суставов.

Лечение. Как и при других кожных заболеваниях, больному должен быть установлен правильный режим и проведено лечение сопутствующих заболеваний. Для общего лечения пользуются новокаином, гипосульфитом натрия, витамином А, комплексом витаминов В. Полезны теплые ванны. Солнечные ванны и облучения ртутно-кварцевой лампой назначают больным с ухудшениями в



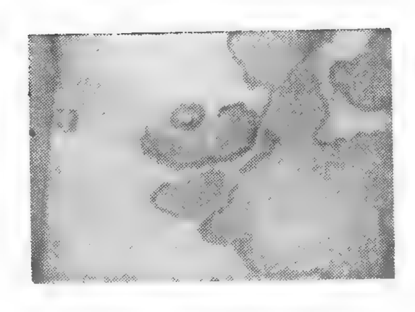




Рис. 88. Псориаз.

Рис. 89. Псориаз.
(Рис. верхний справа.)

Рис. 90. Высыпание псориатических папул на месте давления одежды (изоморфная реакция).
(Рис. нижний справа.)

течении псориаза осенью и зимой. Наружно в прогрессивной стадии употребляют индифферентные мази, в стационарной и регрессивной — мази с дегтем, серой, салициловой кислотой, «псориазин».

§ 16. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Красный плоский лишай—хроническое кожное заболевание с неизвестной этиологией. Высыпания чаще располагаются на сгибательных сторонах предплечий, в локтевых сгибах, подмышечных и подколенных впадинах, на

передней поверхности голеней. Они состоят из плоских многоугольных узелков синюшно-красноватого цвета, величиной от булавочной головки до чечевицы. В случае слияния узелков образуются бляшки. При боковом освещении заметен восковидный блеск узелков (рис. 91). Заболевание вызывает довольно сильный зуд. Высыпания могут исчезать и появляться снова в течение нескольких месяцев или лет. Нередко наблюдаются беловатые узелки и на слизистой оболочке рта, которые сливаются и образуют как бы сетку.



Рис. 91. Красный плоский лишай.

Лечение. Применяют никотиновую кислоту, новокаин, тиамин. Местно применяют 10% спиртовой раствор дегтя, мази с кортикостероидными гормонами, димедролом, дегтем, парафинотерапию, заклеивание бляшек полосками липкого пластыря. Часто помогает гипнотерапия и косвенное внушение.

§ 17. РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ

Розовый лишай — остро протекающее кожное заболевание, как предполагают, инфекционного происхождения. Розовый лишай чаще наблюдается весной и осенью. На груди, шее, спине, животе, плечах появляются розово-красные пятна величиной с конопляное зерно или чечевицу. Размеры их постепенно увеличиваются до 10—20-копеечной монеты. Центральная часть их бледнеет, принимает желтоватую окраску, становится мелкоскладчатой. Периферическая часть пятен слегка возвышается, розового цвета, покрыта отрубевидными чешуйками (рис. 92). Больные жалуются на зуд. Часто заболевание начинается с появления 1—2 более крупных «материн-

ских» бляшек. Количество пятен продолжает увеличиваться в течение 2—4 недель, после чего начинается побледнение и уплощение пятен, зуд ослабевает и через 5—8 недель от начала заболевания больной выздоравливает.

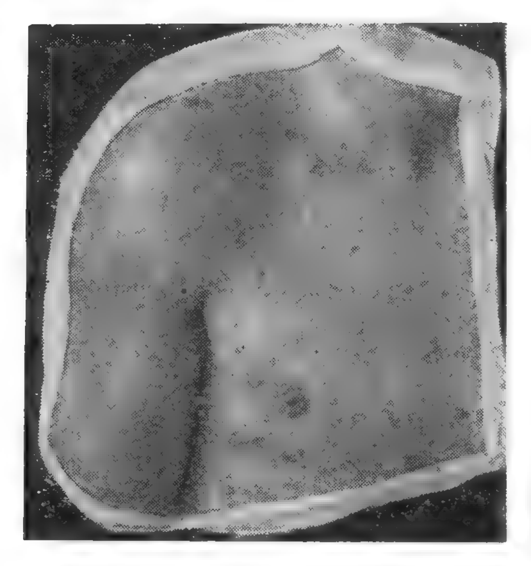


Рис. 92. Розовый лишай.

Лечение. Внутрь назначают норсульфазол, сульфадимезин, хлористый кальций, гипосульфит натрия, димедрол. Наружно применяют индифферентные водные взвеси. Во время болезни запрещается мытье пораженных участков кожи водой и мылом.

§ 18. БОЛЕЗНИ ЖЕЛЕЗ КОЖИ

Себорея (салотечение). Заболевание кожи с нарушением функции сальных желез и усилением выделения кожного сала, развивающееся обычно в период полового созревания, называют себореей. Причины себореи заключаются в нарушении деятельности желез внутренней секреции, в частности половых желез. Способствуют за-

болеванию и ухудшают его течение болезни внутренних органов, нервной системы, переутомление, неправильный режим питания.

Различают жирную, или жидкую, себорею и сухую, или густую, себорею.

Жидкая себорея бывает более резко выражена на носу, щеках, лбу и волосистой части головы. Кожа здесь выглядит маслянистой, лоснящейся, устья сальных желез расширены. При густой себорее повышенное отделение сала сочетается с нарушением процесса ороговения и отрубевидным шелушением. Отрубевидное шелушение особенно резко выражено на волосистой части головы (перхоть) и сопровождается зудом. При обеих формах себореи отверстия сально-волосяных фолликулов нередко бывают закупорены сальными пробками. У мужчин себорея сопровождается выпадением волос на голове и развитием стойкого облысения вследствие атрофии волосяных мешочков.

Понижение салоотделения (астеатоз) наблюдается в старческом возрасте, при тяжелых общих заболеваниях и некоторых болезнях кожи (псориаз), при раздражении кожи щелочами, органическими растворителями. Оно приводит к сухости кожи, трещинам.

Лечение. При себорее лечение должно проводиться в условиях правильного общего режима и лечения сопутствующих заболеваний. В качестве общего лечения назначают рибофлавин, витамин B_6, никотиновую кислоту, витамин А. Для местного лечения при сухой себорее пользуются сульсеном (селеновый сульфид) в виде крема, при жирной—в виде мыла. Применяют также спиртовые растворы и мази, содержащие серу, касторовое масло, салициловую кислоту.

Угри. Обыкновенные, или вульгарные, угри появляются в юношеском возрасте у страдающих себореей. Образование угря начинается с закупорки сально-волосяного фолликула сальной пробкой. Задержка в железе скопившегося сала приводит к ее расширению, разложению сала и присоединению стафилококковой инфекции. На коже сначала появляются черные точки в устьях сальных желез, потом красноватые узелки и, наконец, фолликулярные гнойнички. Гнойнички имеют коническую или полушаровидную форму, окружены покрасневшим и уплотненным венчиком инфильтрата, в центре их за-

метна сальная пробка или пушковый волос. После заживления остается временная пигментация, а на месте более глубоких гнойничков—рубцы.

Лечение. При угрях проводится такое же лечение, как и при себорее. Кроме того, здесь полезны аутогемотерапия, инъекции стафилококкового анатоксина, иногда эндокринные препараты, антибиотики (биомицин, тетрациклин, террамицин). Наружное лечение состоит из назначения мазей с антибиотиками, кортикостероидными гормонами, серой, салициловой кислотой, ихтиолом.

Гипергидроз, или повышенное потоотделение. Гипергидроз может быть общим (при лихорадочных заболеваниях, туберкулезе, заболеваниях щитовидной железы) и местным. Местный гипергидроз наблюдается чаще всего в области ладоней, подошв и подмышечных впадин. Причина его заключается в нарушении нервной регуляции потоотделения. Гипергидроз стоп предрасполагает к развитию потертостей и опрелостей стоп, к заболеванию эпидермофитией.

Лечение. Лечение и профилактика гипергидроза заключаются в создании правильного режима для больного, устранении нарушений со стороны нервной системы. При гипергидрозе стоп необходимо ежедневное мытье ног, смена носков, чулок, портянок не менее 2—3 раз в неделю. В упорных случаях пользуются присыпкой с уротропином, смазыванием 3—5% формалином в 70° спирту.

§ 19. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ

Эпителиома, или рак кожи. Эпителиома чаще встречается в пожилом и старческом возрасте. Рак кожи обычно развивается на тех участках кожи и слизистых оболочек, которые длительно подвергались раздражению солнечным светом, рентгеновыми лучами, химическими веществами или на которых имелись хронические «предраковые» воспалительные или дистрофические процессы.

Базальноклеточная эпителиома, или базальноклеточный рак кожи, развивается на открытых частях тела, чаще всего на носу, веках, лбу, висках. Образуется плотный узелок с булавочную головку или горошину желтоватого или перламутрового цвета. Узелок очень медленно увеличивается, превращается в

плотную бляшку, которая покрывается кровянистой корочкой. Через несколько месяцев или через несколько лет образуется язва с неровным, легко кровоточащим дном и перламутровым валиком по краям (рис. 93). Течение базальноклеточного рака медленное, относительно доброкачественное. Метастазов обычно не бывает.





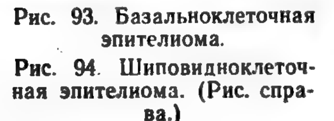


Рис. 93. Базальноклеточная эпителиома.

Рис. 94. Шиповидноклеточная эпителиома. (Рис. справа.)

Шиповидноклеточная эпителиома, или плоскоклеточный рак кожи, имеет гораздо более злокачественное течение. Локализация ее — слизистая оболочка рта, область естественных отверстий, лицо, нижняя губа, половые органы, конечности. Заболевание начинается с появления на коже узелков или бородавчатых и сосочковых разрастаний на слизистых. Они быстро растут и сливаются между собой, образуя бляшку или узел. Уже через несколько месяцев после начала заболевания образуется язва с плотными, вывороченными краями, неровным кровоточащим дном (рис. 94). На дне язвы могут быть разрастания, очаги ороговения (жемчужные зерна). Язва быстро увеличивается и может причинять большие разрушения, нередко сопровождается сильными болями. Часто наблюдаются метастазы рака в ближайшие лимфатические узлы. При отсутствии пра-

вильного лечения исход заболевания — раковая кахексия и смерть.

Меланома. Злокачественная опухоль кожи, состоящая из пигментных клеток, называется меланомой. Меланома возникает из пигментных пятен—«родинок», но чаще всего не из врожденных, а из появившихся после полового созревания. Способствуют развитию меланомы попытки «сведения» пигментных пятен путем их срезания, прижигания и воздействия другими раздражающими способами. Первым признаком развития меланомы служит увеличение пигментного пятна, появление чешуек и корочек на нем и красной каемки вокруг него. В дальнейшем образуется язва с сероватым кровоточащим дном, метастазы в лимфатические узлы и внутренние органы со смертельным исходом.

Лечение рака кожи и меланомы эффективно, если диагноз поставлен своевременно и немедленно приняты меры лечения. Базальноклеточную эпителиому подвергают рентгенотерапии или хирургическому иссечению. Для лечения шиповидноклеточной эпителиомы пользуются сочетанием хирургического удаления и лучевой терапии. При лечении меланомы применяют близкофокусную рентгенотерапию и хирургические методы.

Профилактика злокачественных опухолей кожи заключается в своевременном и правильном лечении «предраковых» заболеваний кожи и слизистых оболочек. Большое значение имеют профилактические осмотры населения и санитарное просвещение.

ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Венерические болезни передаются чаще всего при половом общении (Венера — богиня любви у древних римлян). К ним относятся сифилис, гонорея и мягкий шанкр.

В капиталистическом мире венерические болезни широко распространены. Часто встречались они и в царской России. Объясняется это тем, что в странах капитала венерические болезни являются социальными. Их распространение порождено и поддерживается капиталистическим строем с жестокой эксплуатацией трудящихся, массовой безработицей, неравенством женщин в правах с мужчинами, массовой проституцией, упадком буржуазной семьи и морали. Распространению венерических болезней способствуют также недоступность медицинской помощи для трудящихся из-за недостатка врачей и больниц и платного, коммерческого характера медицинской помощи.

Совсем иное положение в Советском Союзе и других странах социализма. Ликвидация господства помещиков и капиталистов, уничтожение безработицы и проституции, рост материального благополучия и культуры населения, уравнение женщины в правах с мужчиной ликвидировали социальные корни венерических болезней. Разработанная в СССР система государственных мер борьбы с венерическими болезнями позволила быстро добиться резкого снижения заболеваемости венерическими болезнями.

§ 20. СИФИЛИС

Сифилис—хроническое инфекционное заболевание, которое может поражать все органы и ткани человеческого организма. Возбудителем сифилиса является **бледная трепонема,** или **бледная спирохета,** имеющая вид штопорообразной нити Она названа бледной, так как плохо окрашивается и обычно рассматривается в живом

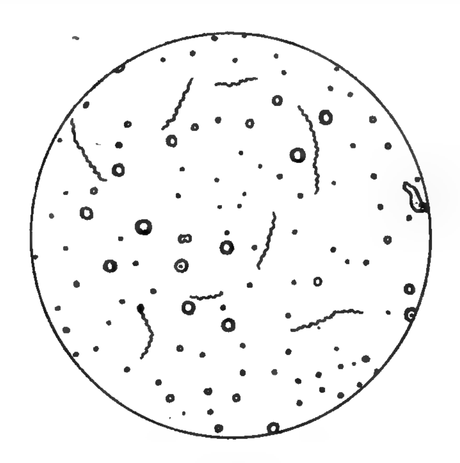


Рис. 95. Бледная спирохета в темном поле зрения.

состоянии в темном поле зрения (рис. 95). Бледная трепонема малоустойчива вне организма человека и погибает при нагревании до 60°, при высыхании, от прямого солнечного света, от дезинфицирующих веществ и мыла.

Животные сифилисом не болеют, но в лабораторных условиях удается заразить им обезьян, кроликов и белых мышей.

Заражение сифилисом происходит главным образом половым путем. Источником заражения служит больной с активными заразительными проявлениями сифилиса. В отделяемом эрозий и язв таких больных содержится много бледных трепонем. Внеполовое, или бытовое, заражение сифилисом наблюдается редко, в условиях слабой санитарной грамотности и несоблюдения правил гигиены. Внеполовое заражение может быть непосредственным, когда имелось тесное соприкосновение

больного сифилисом со здоровым человеком—при поцелуях, укусах, кормлении грудью чужого ребенка. Непрямое заражение сифилисом происходит при пользовании предметами, бывшими в употреблении у больного сифилисом,— еда общими ложками, вилками, питье из общей посуды (кружки, стаканы и пр.), докуривание чужих папирос и трубок и т. д.

Известны случаи, когда медицинские работники пренебрегали правилами стерилизации и дезинфекции медицинских инструментов и заражали сифилисом своих пациентов, пользуясь загрязненными инструментами.

Бледная трепонема проникает в организм через кожу или слизистую оболочку. Считают, что через неповрежденную кожу она не в состоянии проникнуть и лишь при нарушении ее целости способна вызвать заражение. Повреждение кожи может быть незаметным на глаз. В отношении слизистой оболочки предполагают, что бледная трепонема способна проникать через нее и при отсутствии повреждений. В некоторых случаях возможно заражение сифилисом при переливании (трансфузии) крови от больного сифилисом донора.

Общее течение сифилиса

Бледные трепонемы начинают проникать с места заражения в глубь тканей и усиленно размножаться уже в первые минуты и часы после заражения. Это доказано опытами на животных. В первые же часы и дни после заражения трепонемы проникают в ток лимфы и крови и заносятся в различные ткани и органы. Первые клинические проявления сифилиса обнаруживаются через 3—3½ недели после заражения в виде эрозии или язвы на месте внедрения в организм бледных трепонем.

Все течение сифилиса принято разделять на периоды: **первичный, вторичный** и **третичный. Кроме того,** выделяется **паренхиматозный сифилис нервной системы.**

Первичный период сифилиса

По истечении инкубационного периода в 3—3½ недели[1] на том месте, где трепонема проникла в кожу (или

[1] В последнее время вследствие широкого применения антибиотиков по поводу различных заболеваний часто отмечается удлинение инкубационного периода.



Рис. 96. Язвенный твердый шанкр.

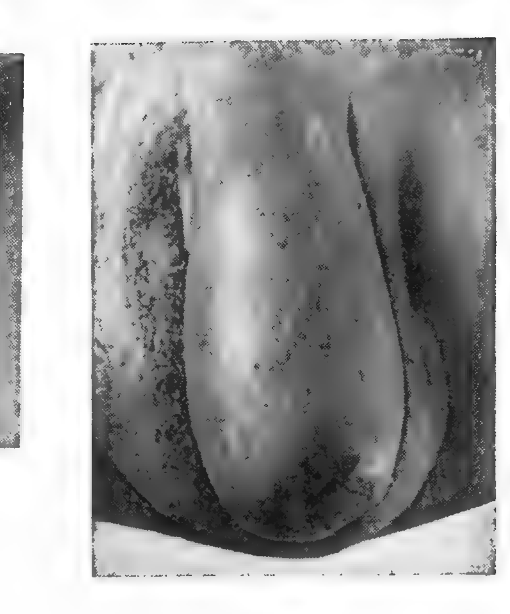


Рис. 98. Фимоз.
(Рис. справа.)

слизистую оболочку), образуется первичный склероз, или твердый шанкр. В подавляющем большинстве случаев он находится на коже или слизистой оболочке наружных половых органов (половые шанкры). Реже твердый шанкр возникает на лобке, животе, бедрах (околополовые шанкры) и еще реже на других участках кожи и слизистых — на губах, языке, миндалинах, пальцах, веках и т. д. (внеполовые шанкры).

Первичный склероз представляет эрозию, реже поверхностную язву круглой или овальной формы с четкими границами. Величина первичного склероза обычно соответствует чечевице или 10-копеечной монете. Цвет первичного склероза обычно мясо-красный или серовато-желтоватый (цвет испорченного сала). Характерна блюдцеобразная форма твердого шанкра — несколько возвышающиеся края с пологим спуском к дну. Скудное серозное отделяемое придает первичному склерозу блестящий, «лакированный» вид. При ощупывании твердого шанкра ощущается резко ограниченный плотно-эластический инфильтрат. Плотность его и послужила поводом для названий «твердый шанкр» и «первичный склероз». Первичный склероз, как правило, не причиняет больному боли, зуда или иных ощущений. Чаще всего первичный склероз бывает единичным, реже у больного имеется два или больше шанкров (рис. 96 и 97). В отделяемом первичного склероза нетрудно обнаружить в темном поле зрения бледную трепонему. Первичный склероз у большинства больных существует до начала вторичного периода сифилиса. При заживлении эрозивного твердого шанкра следа не остается. Язвенный твердый шанкр оставляет после заживления рубец.

Встречаются и атипические твердые шанкры—индуративный отек (увеличение и уплотнение крайней плоти у мужчин или больших половых губ у женщин), шанкр-панариций (клинически сходен с обычным панарицием, но плотно-эластический локтевой лимфатический узел помогает в диагнозе) и шанкр-амигдалит (одностороннее увеличение, покраснение и уплотнение миндалины с характерным для сифилиса увеличением и уплотнением шейных и подчелюстных лимфатических узлов).

Твердый шанкр может осложняться гноеродной инфекцией—окружающая кожа и слизистая оболочка красны, отечны, отделяемое становится обильным и

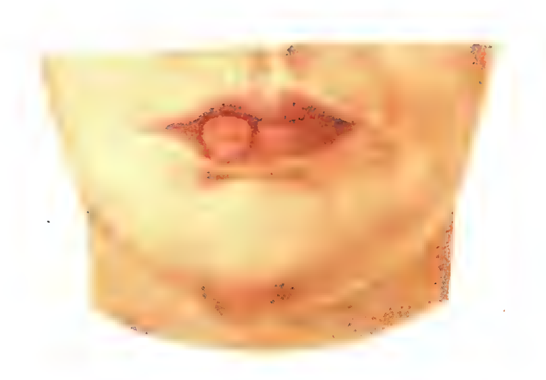


Рис. 97. Твердый шанкр нижней губы.



Рис. 99. Сифилитическая розеола.

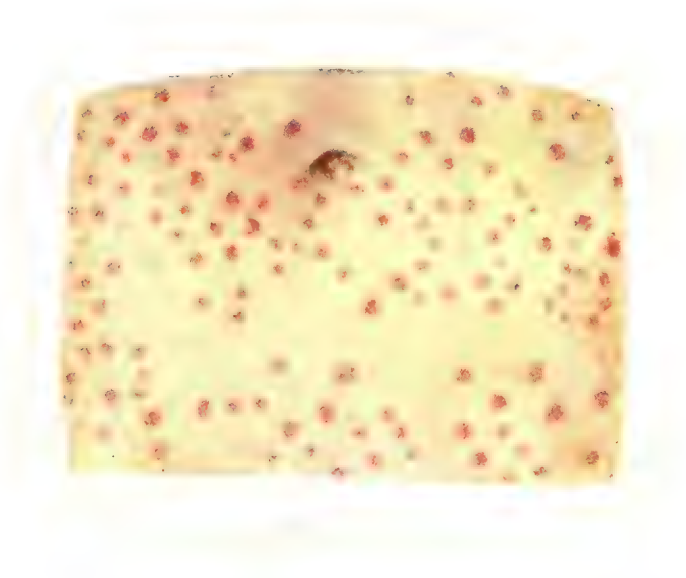


Рис. 100. Лентикулярные сифилитические папулы.



Рис. 102. Слившиеся папулы на слизистой оболочке.



Рис. 105. Сгруппированный бугорковый сифилид.

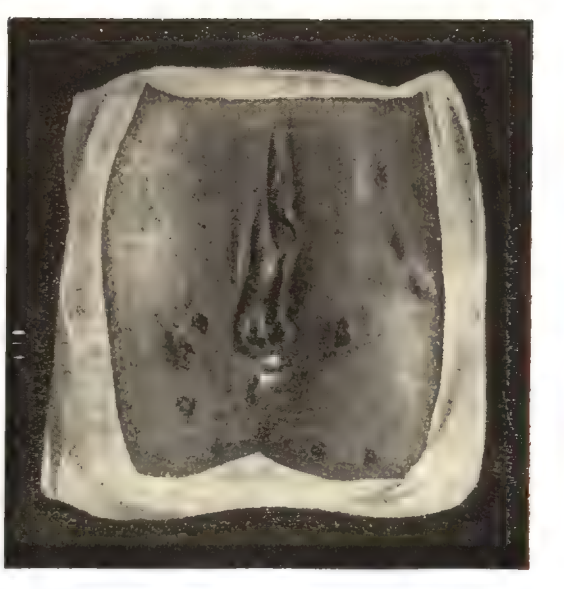


Рис. 118. Мягкий шанкр.

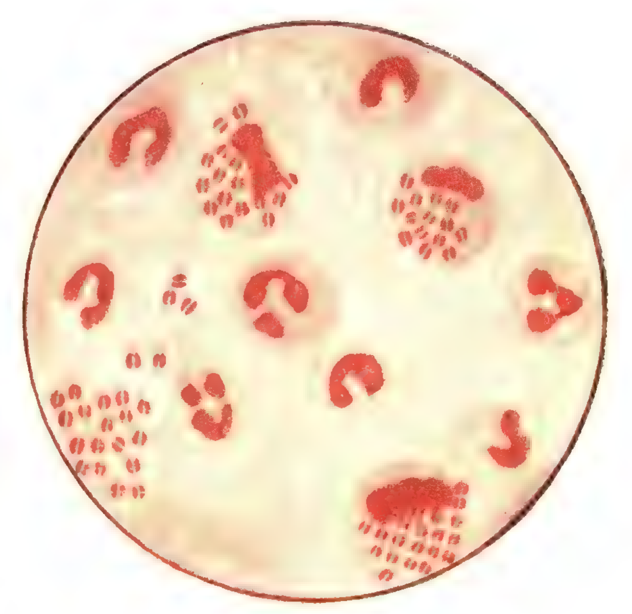


Рис. 119. Гонококк Нейссера.
Окраска по Граму.

гнойным. В других случаях твердый шанкр может осложниться фимозом (воспаление и отек крайней плоти, делающие невозможным открывание головки полового члена), парафимозом (ущемление головки и мягких тканей кольцом крайней плоти), гангренизацией (омертвение дна язвы с образованием струпа) и фагеденизацией (широкое и глубокое отмертвение окружающих тканей) (рис. 98).

Сифилитический склераденит, или сопутствующий бубон,—увеличение ближайших лимфатических узлов, наступающее через 7—10 дней после возникновения склероза. При половой локализации склероза увеличиваются паховые лимфатические узлы. Они достигают размеров фасоли или боба, имеют продолговатую форму, плотно-эластическую консистенцию, не спаяны между собой и лежащей над ними кожей, безболезненны.

Через 2—3 недели после образования первичного склероза серологические реакции (Вассермана и осадочные) в крови у больных из отрицательных переходят в положительные, что служит показателем больших изменений реактивности организма в ответ на массовое размножение бледных трепонем. Первичный период сифилиса подразделяют поэтому на **сифилис первичный серонегативный** — с момента возникновения первичного склероза до перехода серологических реакций в положительные, и **сифилис первичный серопозитивный**—с того момента, как серологические реакции стали положительными до появления высыпаний вторичного периода.

Через 3—4 недели после образования первичного склероза происходит увеличение всех лимфатических узлов — полиаденит.

Через 5—7 недель после появления твердого шанкра или через 8—10 недель с момента заражения появляются высыпания вторичного периода. У некоторых больных за 3—7 дней до развития этих высыпаний наблюдаются **продромальные симптомы**—слабость, недомогание, головные боли, боли в костях и суставах, малокровие, бессонница.

Вторичный период сифилиса

Вторичный период сифилиса характеризуется множественными высыпаниями на коже и слизистых оболочках. Эти высыпания служат показателем новых измене-

ний реактивности организма больного сифилисом. В первичном периоде размножение бледных трепонем и их распространение по кровеносным и лимфатическим путям не вызывало видимой воспалительной реакции со стороны кожи и слизистых оболочек. Во вторичном же периоде продолжающееся размножение и распространение трепонем приводит к воспалительной реакции в виде вторичных сифилитических сыпей, или **вторичных сифилидов.** Вторичные сифилиды отличаются большим разнообразием своей картины, но вместе с тем имеют и общие черты—окраска их блеклая, с буроватым или синюшным оттенком, субъективных ощущений нет, большинство их имеет округлые очертания и резкие границы. В инфильтрате элементов вторичных сыпей всегда в большом количестве содержатся бледные трепонемы. Течение вторичных сифилидов доброкачественное — даже без лечения они через некоторое время исчезают, не оставляя следа. Сыпи вторичного периода почти всегда сопровождаются положительной реакцией Вассермана и осадочными реакциями.

Высыпания, появившиеся в начале вторичного периода **(сифилис вторичный свежий)** сифилиса, могут держаться несколько недель, до 2—3 месяцев, после чего даже при отсутствии лечения они исчезают. Исчезновение вторичных сифилидов указывает не на выздоровление больного, а лишь на переход болезни в **скрытое** состояние **(сифилис вторичный скрытый).** Активность бледных трепонем в организме снижается, размножение их приостанавливается и количество их уменьшается. Но бледные трепонемы сохраняются в своих «депо» (лимфатические узлы и другие органы и ткани). Если больной не лечится, то в большинстве случаев через некоторое время снова усиливается размножение трепонем, восстанавливается их активность и в результате опять появляется высыпание вторичных сифилидов **(сифилис вторичный рецидивный).** Такое чередование промежутков скрытого состояния и рецидивов сифилитических сыпей может повторяться несколько раз на протяжении 2—4 лет.

Высыпания вторичного периода могут состоять из пятен (розеола), папул и пустул. При вторичном свежем сифилисе эти высыпания обильные, симметричные, более мелкие, при вторичном рецидивном—менее обильны,

крупнее, располагаются группами, склонны к образованию фигур, дуг, гирлянд.

Розеола, или пятнистый сифилид, — одна из частых вторичных сифилитических сыпей. Она состоит из розоватых или красноватых пятен округлой формы, величиной от нескольких миллиметров в поперечнике до ногтя большого пальца (рис. 99). Высыпание розеолы происходит не сразу, а «толчками», в течение 10—14 дней. Чаще розеола наблюдается на боковых поверхностях туловища, груди, животе, плечах и предплечьях. Между собой розеолы сливаются редко. Розеола остается без заметных изменений от нескольких дней до 2—3 недель. Затем она приобретает синюшный или буроватый оттенок, превращаясь в пигментное пятно, которое позднее исчезает. Развитие розеолы происходит без шелушения.

Сифилитические узелки или папулы (папулезные сифилиды) — тоже очень частое проявление вторичного периода. Наиболее часто встречаются чечевицеобразные папулы—плоские плотные узелки величиной с чечевицу. Цвет их вначале розово-красный, позднее— медно-красный или ветчинно-красный, поверхность гладкая, границы резкие (рис. 100). Высыпание папул происходит постепенно в течение 10—14 дней. Папулы обычно между собой не сливаются. Через несколько недель они приобретают бурый оттенок, на поверхности их появляется шелушение, инфильтрат начинает рассасываться, оставляя временную пигментацию.

Более редко встречаются монетовидные папулы, достигающие размеров 1—3-копеечной монеты, и милиарные папулы, имеющие величину булавочной головки или просяного зерна.

Сифилитические папулы в кожных складках, на половых органах, около заднего прохода под влиянием трения, раздражения пóтом и разными выделениями начинают увеличиваться в ширину и в высоту (гипертрофические папулы). При слиянии их образуются бляшковидные папулы с фестончатыми очертаниями или широкие кондиломы (рис. 101). Нередко гипертрофические папулы и бляшки вследствие раздражения трением и теплом становятся белесоватыми и влажными — мокнущие папулы. При слущивании мацерированного рогового слоя они превращаются в поверхностные ярко-красные эрозии (эрозивные па-

пулы). В отделяемом мокнущих и эрозивных папул имеется множество бледных трепонем, поэтому эти больные очень заразительны для окружающих.

Гипертрофические папулы и широкие кондиломы чаще встречаются у больных вторичным рецидивным сифилисом.



Рис. 101. Сифилитические бляшковидные папулы, или кондиломы.

Пустулезные сифилиды встречаются гораздо реже, большей частью у ослабленных больных, у алкоголиков. Они могут быть поверхностными, когда полость гнойничка находится в эпидермисе, и глубокими, при которых распад инфильтрата и нагноение захватывают дерму, образуется язва и после заживления остается рубец. Пустулезные сифилиды всегда окружены венчиком плотно-эластического инфильтрата синюшно-красного цвета.

Вторичные сифилиды слизистых оболочек наблюдаются очень часто. Они могут быть пятнистыми, например эритематозная сифилитическая ангина. От обыкновенной катаральной ангины она отличается резкими границами красноты и отсутствием боли при глотании. Папулезные сифилиды слизистых встречаются часто во рту, в заднем проходе, на слизистых оболочках женских половых органов. Они имеют беловатый цвет вследствие мацерации. Разрыхленный эпителий на поверхности папул легко слущивается и они становятся эрозивными. Нередко происходит и слияние папул на слизистых оболочках (рис. 102). Вторичные сифилиды слизистых оболочек создают большую угрозу заражения для окружающих, так как через разрыхленный эпителий трепонемы из инфильтрата легко попадают в большом количестве на поверхность слизистых.

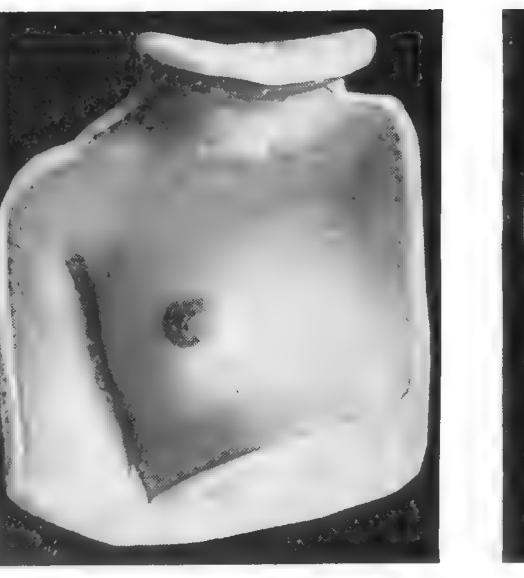


Рис. 103. Сифилитическая лейкодерма.



Рис. 104. Мелкоочаговая сифилитическая плешивость.

Лейкодерма, или пигментный сифилид, появляется у некоторых больных вторичным рецидивным сифилисом через 4—6 месяцев после заражения. На задней и боковых поверхностях шеи, реже на других участках видны депигментированные белые пятна, окруженные желтоватой или буроватой каемкой. Пятна кругловатой формы, от 2—3 мм в поперечнике до 10-копеечной монеты (рис. 103). Лейкодерма может напоминать сетку или кружево. Держится она несколько месяцев или больше.

Сифилитическая плешивость может быть диффузной, когда наблюдается выпадение волос по всей голове, и мелкоочаговой. Последняя наблюдается у больных вторичным рецидивным сифилисом через 4—6 месяцев после заражения. На голове появляются очажки поредения или выпадения волос округлой формы величиной с чечевицу или 10-копеечную монету. Через несколько месяцев волосы на очагах восстанавливаются (рис. 104).

У больных вторичным сифилисом, кроме высыпаний на коже и слизистых оболочках, наблюдаются поражения внутренних органов, нервной системы, костей. Довольно часто наблюдается сифилитический менингит. У большинства больных он протекает без клинических симптомов и распознается лишь при исследовании спинномозговой жидкости.

Поражения нервной системы и внутренних органов во вторичном периоде сифилиса, как правило, протекают доброкачественно и через некоторое время проходят, не оставляя стойких изменений.

Социальное значение вторичного периода сифилиса очень велико ввиду большой заразительности его проявлений.

Третичный период сифилиса

Третичный период сифилиса развивается лишь у тех больных, которые не лечились по поводу сифилиса или лечились мало и неаккуратно. Но и при отсутствии лечения третичный период сифилиса наступает лишь у части больных. Развитию его способствуют хронические заболевания, алкоголизм, плохие условия труда и быта, старческий и детский возраст и разного рода травмы. Третичные сифилиды кожи чаще всего развиваются на местах ушибов, трения, ожогов.

В Советском Союзе заболевания третичным сифилисом встречаются редко, хотя в царской России они представляли очень частое явление, особенно в деревне. Это изменение обусловлено большими успехами в борьбе с сифилисом в нашей стране.



Рис. 106. Серпигинозный бугорковый сифилид.

Явления третичного сифилиса возникают обычно через 3—4 года после заражения, но могут встречаться и гораздо позже. Наиболее часто поражаются кожа, слизистые оболочки и кости, но нередко наблюдается поражение нервной системы и внутренних органов.

В отличие от вторичного сифилиса сифилиды третичного периода протекают недоброкачественно. Инфильтрат их подвергается омертвению и распаду с образованием язв и другими разрушениями пораженных тканей. Проявления третичного сифилиса малозаразительны для окружающих, так как в инфильтрате их содержится мало бледных трепонем. Существует два вида третичных сифилидов кожи и слизистых оболочек — бугорковый и гуммозный сифилид.

Бугорковый сифилид. Сифилитический бугорок имеет плоскую или полушаровидную форму, четкие границы,

плотную консистенцию, медно-красный, синюшно-красный или буроватый цвет. Величина бугорка равна конопляному зерну или горошине. Инфильтрат бугорка подвергается некрозу, который происходит или сухим путем с исходом в атрофию кожи, или путем изъязвления. Язвочка имеет круглую или овальную форму, плотные, как бы обрезанные края. Дно ее покрыто некротическим желтоватым налетом. Бугорки располагаются на ограниченном участке кожи в количестве обычно 2—3 десятков. При **сгруппированном** бугорковом сифилиде бугорки расположены группой, кучкой и не сливаются между собой (рис. 105). Для **серпигинозного, или ползучего, бугоркового сифилида** характерно частичное слияние бугорков, заживление в центре и появление новых бугорков по периферии очага. Вследствие слияния образуются язвы неправильной формы (рис. 106). После их заживления образуются сплошные рубцы с неровной мозаичной поверхностью. Реже встречаются **бугорковый сифилид площадкой** с полным слиянием бугорков в одну бляшку и **карликовые сифилитические бугорки** величиной с просяное или конопляное зерно. Сифилитические бугорки безболезненны. Все развитие бугоркового сифилида продолжается несколько месяцев.

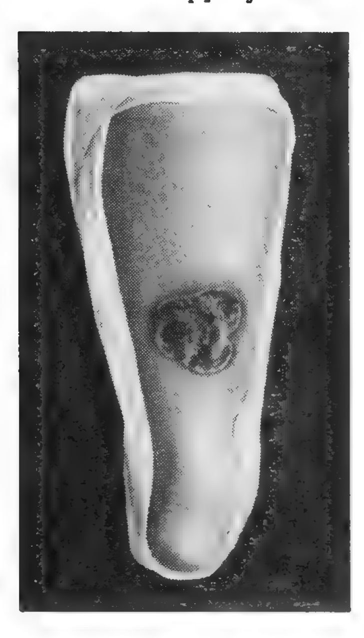


Рис. 107. Гумма голени.

Гуммозный сифилид, или сифилитическая гумма, начинается с образования в подкожной клетчатке плотного безболезненного узла с фасоль величиной. Узел медленно увеличивается, достигая размеров сливы, грецкого ореха и больше. Кожа спаивается с ним, становится синюшно-красной. В центре узла появляется размягчение, а затем небольшое отверстие, из которого вытекает не-

много клейкого гноя. Отверстие быстро увеличивается и вскоре образуется круглая безболезненная язва, заполненная омертвевшей тканью — гуммозным стержнем. Через несколько дней гуммозный стержень отделяется от язвы и открывает ее плотные валикообразные края, круто спускающиеся к неровному дну (рис. 107). Гуммозная язва медленно заполняется грануляциями и рубцуется. Через несколько месяцев на месте гуммы образуется рубец (рис. 108). Большей частью имеется одна гумма, реже их несколько. Более часто они образуются на передней поверхности голеней, на лбу, предплечьях, реже на других участках.

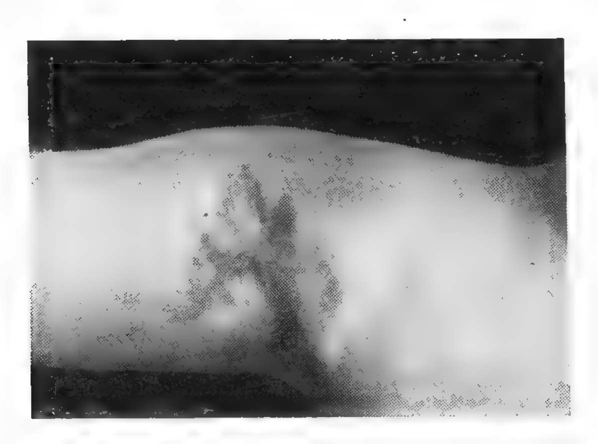


Рис. 108. Рубец после сифилитической гуммы плеча.

Сифилитические бугорки и гуммы часто возникают и на слизистых оболочках рта и носа, особенно на мягком небе и язычке. Их распад нередко приводит к разрушению небной занавески, язычка и к гнусавости.

Поражения костей в третичном периоде сифилиса в виде гуммозных остеопериоститов и гуммозных остеомиелитов встречаются у $^1/_5$—$^1/_4$ больных третичным сифилисом. Чаще всего поражаются большеберцовые кости, а также кости черепа, носа. Гуммозные поражения костей приводят к омертвению ткани и к образованию язвы или же заканчиваются окостенением инфильтрата и утолщением кости.

Гуммы носовых костей нередко приводят к западению спинки носа — седловидному носу (рис. 109).

Сифилис внутренних органов и нервной системы в третичном периоде всегда представляет серьезную опасность для здоровья и даже жизни больного, так как распад гуммозных инфильтратов может резко нарушить функции важных органов. Из поражений внутренних органов чаще всего наблюдается сифилитический аортит, развивающийся через 10—20 лет после заражения. При отсутствии лечения или позднем начале его аортит приводит к недостаточности аортальных клапанов и коронарных сосудов, к аневризме аорты. Часто наблюдаются и сифилитические поражения печени (гепатиты и отдельные гуммы) и почек. Гуммы могут возникать и в других органах. Из третичных поражений нервной системы более часто развиваются гуммозные менингиты, сифилитические поражения артерий мозга и отдельные гуммы мозга **(поздний сифилис оболочек и сосудов мозга).** Течение этих поражений недоброкачественное из-за распада третичных инфильтратов и значительных нарушений деятельности нервной системы (парезы, параличи и т. д.).

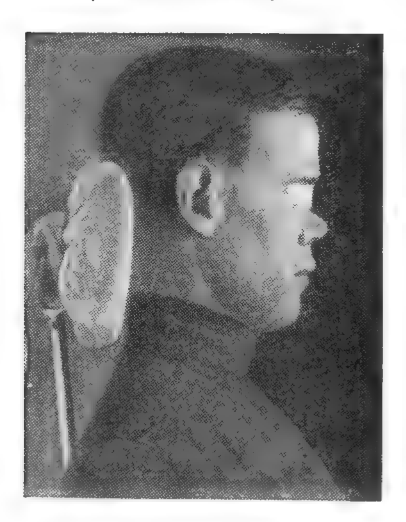


Рис. 109. Седловидный нос.

Еще более тяжело протекает **паренхиматозный сифилис нервной системы,** который развивается через 8—15 лет после заражения в форме **прогрессивного паралича** или **спинной сухотки.** Сифилитический процесс при этом поражает не оболочки и сосуды, а ткань головного и спинного мозга. Он характеризуется массовым размножением бледных трепонем в мозговой ткани и ее перерождением и очень слабо выраженной воспалительной реакцией. Сопротивляемость организма бледной трепонеме у этих больных резко ослаблена.

§ 21. ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС

Раньше врачи предполагали, что врожденный сифилис передается потомству от больного сифилисом отца и что заразное начало находится в самом сперматозоиде. Однако в начале XX века было доказано, что это предположение ошибочно и что заражение плода происходит только через плаценту больной сифилисом матери. Бледная трепонема проникает в ткани плода после 4 месяцев беременности. Предполагают, что здоровая плацента непроницаема для микробов, в том числе и для бледной трепонемы. Попадая в плаценту, трепонема так изменяет ее, что плацента уже не препятствует проникновению трепонем в ткани плода через вены и лимфатические сосуды пуповины.

Больная сифилисом мать не всегда рождает больного врожденным сифилисом ребенка. Чем свежее сифилитическая инфекция у матери, тем чаще она передается плоду и тем тяжелее ее влияние на исход беременности. Если больная сифилисом женщина не лечится, то беременность у нее обычно заканчивается выкидышем на V—VI месяце или мертворождением, преждевременными родами, рождением больного сифилисом недоношенного или доношенного ребенка и лишь в редких случаях рождается здоровый ребенок.

Проникнув через плаценту в ткани плода, бледная трепонема попадает в необычайно благоприятные условия для своего существования и размножения. Процессы иммунитета в организме плода выражены слабо и сопротивляемость его бледной трепонеме низка. Происходит быстрое и энергичное размножение трепонем, наводняющих все органы и ткани плода. Поэтому картина проявлений врожденного сифилиса во многом отличается от приобретенного сифилиса.

Сифилис плода. Характеризуется сифилис плода наибольшими изменениями во внутренних органах. Печень увеличена и плотна, буроватого цвета, селезенка увеличена и уплотнена. Легочная ткань уплотнена, желтоватого цвета. В длинных трубчатых костях явления остеохондрита — размножение трепонем в области метафиза с нарушением процесса окостенения хряща. Кожа плода часто бывает мацерирована, беловата, отслаивается пластами.

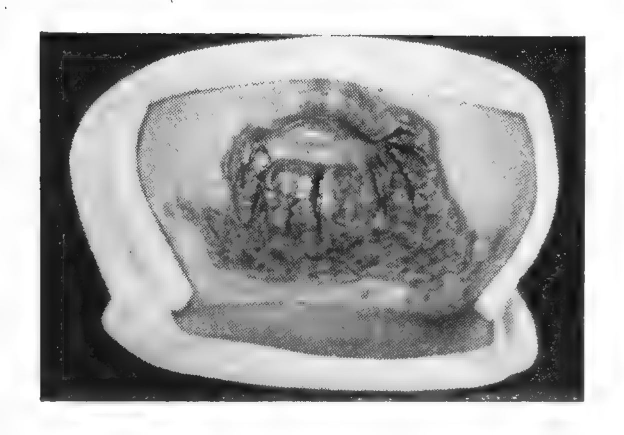


Рис. 110. Диффузная сифилитическая инфильтрация кожи.

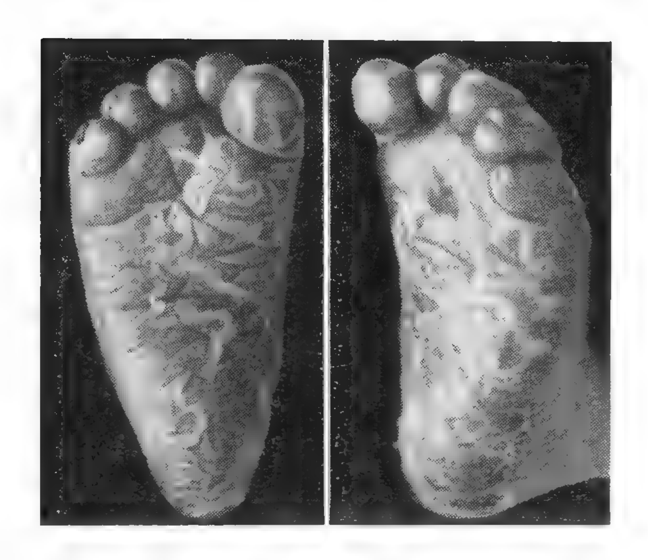


Рис. 111. Диффузная сифилитическая инфильтрация кожи (из многотомного руководства по дермато-венерологии).

Врожденный сифилис грудного возраста. Проявления его обычно развиваются в первые 2 месяца жизни, иногда ребенок с ними рождается. После 4 месяцев жизни врожденный сифилис грудного возраста встречается редко.



Рис. 112. Сифилитический насморк и диффузная инфильтрация кожи и красной каймы губ с глубокими трещинами.

Грудные дети, больные врожденным сифилисом, ослаблены, плохо развиваются, отстают в весе и росте, выглядят истощенными, беспокойны. У них наблюдаются поражения кожи, слизистых оболочек, костей и внутренних органов.

Одно из частых поражений кожи — диффузная инфильтрация. Она отмечается на лице (щеки, губы, подбородок, лоб), ладонях, подошвах и ягодицах в виде красных пятен. Кожа на них становится утолщенной, уплотненной, напряженной и блестящей. В дальнейшем цвет делается бурым, появляется пластинчатое шелушение (рис. 110 и 111). Иногда, особенно вокруг рта, очаг диффузной инфильтрации становится эрозивным, появляются глубокие трещины, оставляющие рубцы на всю жизнь (рис. 112).

Сифилитическая пузырчатка встречается редко. На ладонях и подошвах, реже на других местах, появляются пузыри с чечевицу или горошину, окруженные ободком инфильтрата. Затем содержимое пузырей мутнеет, делается гнойным.

Сифилитические папулы очень часто наблюдаются при врожденном сифилисе грудного возраста, розеола — наоборот, редко. Папулы у больных врожденным сифилисом грудного возраста очень напоминают сифилитические папулы больных вторичным сифилисом.

Самое частое поражение слизистых оболочек — сифилитический насморк. Диффузный инфильтрат в подслизистой ткани носовых ходов суживает их просвет. Серозно-гнойный экссудат, засохший в виде корок, еще больше затрудняет носовое дыхание, которое делается шумным, свистящим, храпящим или совсем невозможным. Это очень мешает ребенку сосать грудь, что ведет к недоеданию и истощению ребенка.

Сифилитический остеохондрит — весьма частое проявление врожденного сифилиса грудного возраста, но у большинства детей он может быть распознан только на рентгеновском снимке трубчатых костей конечностей. Лишь при далеко зашедшем остеохондрите с отделением эпифизов от диафизов диагноз устанавливается при осмотре больного. Ребенок держит больную руку вытянутой и прижатой к туловищу, а больную ногу — согнутой в коленном и тазобедренном суставах, избегает всяких активных движений и плачет при пассивных движениях (ложный паралич Парро).

У больных детей весьма часто увеличены и уплотнены печень и селезенка. Реакция Вассермана и осадочные реакции почти всегда положительны.

Грудные дети, больные врожденным сифилисом, чаще болеют диспепсией, пневмонией и другими детскими болезнями и хуже переносят их, чем здоровые дети.

Врожденный сифилис раннего детского возраста. В возрасте от 1 года до 4 лет течение врожденного сифилиса смягчается. Свойственные грудному возрасту тяжелые проявления врожденного сифилиса (со стороны внутренних органов, остеохондрит, сифилитический насморк, пузырчатка, диффузная инфильтрация и др.) редко наблюдаются уже во втором полугодии жизни ребенка, а после года почти совсем не встречаются. Это объясняет-

ся возрастающей сопротивляемостью организма ребенка и в результате этого снижением активности бледной трепонемы. Врожденный сифилис в возрасте 1—4 лет протекает большей частью скрыто. Из клинических проявлений чаще всего наблюдаются узелковые высыпания, преимущественно в виде мокнущих и эрозивных папул и

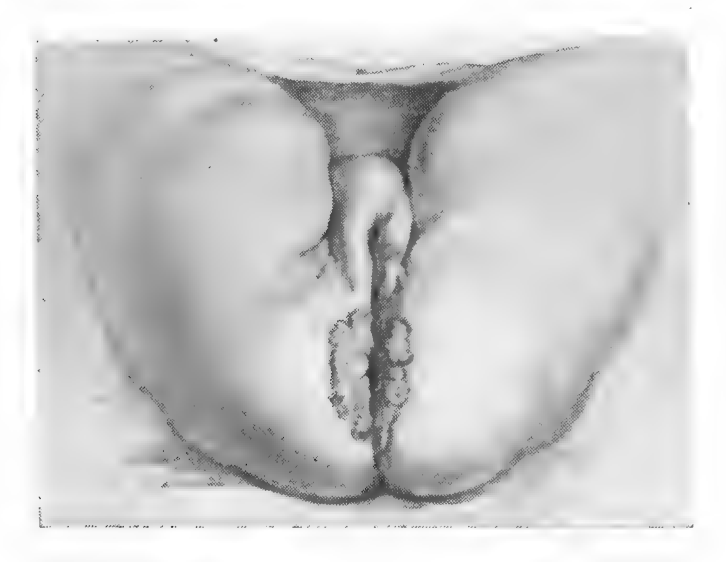


Рис. 113. Гипертрофические папулы при сифилисе раннего детского возраста.

широких кондилом в области заднего прохода и половых органов (рис. 113). Иногда наблюдаются периоститы костей конечностей, поражения сетчатой и сосудистой оболочки глаз.

Поздний врожденный сифилис. В возрасте 5—15 лет течение врожденного сифилиса снова становится активным и неблагоприятным. В этом возрасте у больных часто наблюдается сходство с течением третичного сифилиса — появляются сифилитические бугорки и гуммы кожи и слизистых оболочек, гуммозные поражения костей и внутренних органов, гуммозные менингиты (рис. 114). Наряду с этим обнаруживаются некоторые симптомы, присущие только позднему врожденному сифилису (триада Гетчинсона, саблевидные голени). Триада Гетчинсо-

на включает **паренхиматозный кератит** (покраснение и помутнение роговой оболочки глаз, светобоязнь, слезотечение со стойким понижением остроты зрения),



Рис. 114. Гуммозная язва твердого неба.

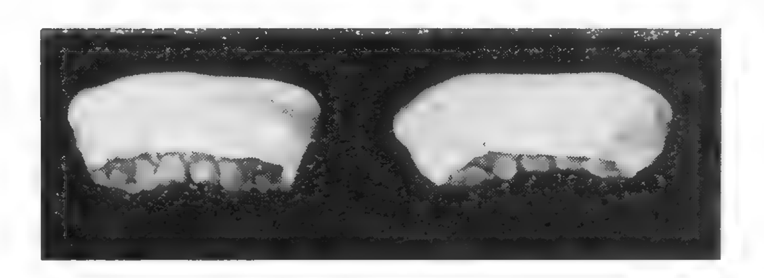


Рис. 115. Зубы Гетчинсона.

сифилитический лабиринтит (шум в ушах, резкое снижение слуха) и **дистрофию двух верхних средних резцов**, имеющих форму долота и полулунную выемку по свободному краю (зубы Гетчинсона, рис. 115).

В настоящее время полная триада Гетчинсона в СССР встречается крайне редко, обычно у больного имеется один или два признака из трех.

Саблевидные голени представляют искривление большеберцовой кости вперед, что объясняют неправильным ее ростом после перенесенного сифилитического остеохондрита (рис. 116). Передняя поверхность кости утолщена и бугриста, гребень ее сглажен вследствие сифилитического остеопериостита, закончившегося окостенением инфильтрата.



Рис. 116. Саблевидная голень.

Больные поздним врожденным сифилисом нередко отстают от своих сверстников в физическом и умственном развитии.

Серологические реакции (реакция Вассермана и осадочные реакции) имеют большое значение для установления диагноза сифилиса и контроля за успешностью противосифилитического лечения. Однако положительные серологические реакции не всегда являются доказательством наличия у больного сифилиса. Неспецифические, или ложноположительные серологические реакции могут наблюдаться у больных лепроматозной лепрой, системной красной волчанкой, скарлатиной и другими заболеваниями. Подробный расспрос больного, тщательное обследование его, осмотр членов его семьи помогают обычно выяснить, являются ли у данного больного положительные серологические реакции показателем сифилиса или это неспецифические реакции. Большую помощь в этом оказывает новая реакция иммобилизации трепонемы (РИТ), которая крайне редко бывает положительной при отсутствии сифилиса.

Лечение сифилиса

Современные способы лечения больных сифилисом позволяют добиться излечения подавляющего большинства больных. Эффект лечения тем лучше, чем раньше оно начато. В Советском Союзе для лечения сифилиса пользуются препаратами пенициллина, висмута, йода и в некоторых случаях препаратами ртути и мышьяка.

Пенициллин является основным средством лечения больных сифилисом. Его действие на бледную трепонему сильнее, чем всех остальных противосифилитических препаратов.

Водорастворимый пенициллин применяется для лечения больных сифилисом внутримышечно по 50 000 ЕД через 3 часа. Амбулаторных больных сифилисом лечат инъекциями в мышцу дюрантных препаратов пенициллина — экмоновоциллином, бициллином-1 и бициллином-3. Экмоновоциллин вводят один раз в день по 600 000 ЕД. Бициллин-1 вводят по 1 200 000 ЕД один раз в 6 дней или по 2 400 000 ЕД один раз в 10 дней. Бициллин-3 вводят по 1 200 000 ЕД один раз в 5 дней или по 2 400 000 ЕД один раз в 8 дней. Разовая доза бициллина (1 200 000 или 2 400 000 ЕД) каждый раз делится пополам и вводится раздельно в обе ягодицы.

Курсовые дозы водорастворимого и дюрантных препаратов пенициллина одинаковы. Они зависят от стадии сифилиса и веса тела больного. Больным сифилисом I серонегативным вводят пенициллин из расчета 100 000 ЕД на 1 кг веса, но для больных, имеющих вес тела меньше 60 кг, не менее 6 000 000 ЕД. Для больных сифилисом I серопозитивным, сифилисом II свежим и сифилисом II скрытым дают на 1 кг веса по 120 000 ЕД, но не менее 7 200 000 ЕД на курс. Больным сифилисом II рецидивным, сифилисом III активным, сифилисом III скрытым и сифилисом нервной системы и внутренних органов назначают по 140 000 ЕД на 1 кг веса, но не меньше 8 400 000 ЕД на курс. Инъекции дюрантных препаратов пенициллина производят с теми же мерами предосторожности, как и взвеси в масле во избежание попадания препарата в кровеносный сосуд (см. ниже, препараты висмута).

При лечении пенициллином больных с активными проявлениями сифилиса развивается в первые сутки реак-

ция обострения — сыпь делается ярче и обильнее, отмечается головная боль, слабость, повышение температуры. У больных третичным сифилисом с поражением внутренних органов и нервной системы реакция обострения может быть опасной для жизни. Поэтому лечение таких больных начинают с препаратов висмута и йода, и лишь позднее назначают пенициллин.

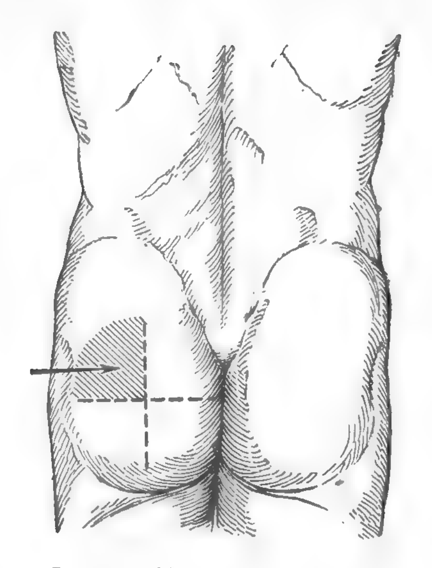


Рис. 117. Участок ягодицы для внутримышечных инъекций.

Препараты висмута применяют внутримышечно.

Бийохинол вводят из расчета 1 мл на сутки — по 2 мл через день или по 3 мл один раз в 3 дня, на курс 40—50 мл.

Бисмоверол в первой половине курса лечения вводится по 1 мл через день, во второй половине — по 1 мл один раз в 3 дня, на курс 16—20 мл. Бийохинол и бисмоверол выпускаются в виде взвесей в стерильном масле и введение их в мышцу требует осторожности. Перед употреблением флакон ставят в горячую воду (40—45°) и затем тщательно взбалтывают до образования однородной взвеси. Инъекцию делают длинной иглой (5—6 см) в наружно-верхнюю часть ягодицы (рис. 117). Сначала прокалывают кожу, вторым движением иглу вводят в мышцу. Затем иглу крепко фиксируют левой рукой и снимают с нее шприц. Если в течение 1—2 минут из иглы не показывается кровь, то шприц снова надевают на нее, продолжая прочно удерживать ее в неподвижном положении, и давлением на поршень вводят препарат. Если же из иглы показывается кровь, то иглу извлекают и делают инъекцию на другом месте.

Препараты йода не оказывают прямого действия на бледную трепонему в организме больного, но

повышают его сопротивляемость и способствуют рассасыванию третичных инфильтратов в коже, костях, внутренних органах и нервной системе. Они ускоряют рассасывание увеличенных лимфатических узлов у больных первичным и вторичным сифилисом. Йод полезен и больным скрытым сифилисом. Препараты йода назначают обычно в перерывах между курсами лечения пенициллином или висмутом.

Наилучшее действие оказывают йодистый калий и йодистый натрий, которые назначают внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды в полустакане молока. Начинают с 2—3% раствора и постепенно повышают его концентрацию, доходя до 7—8%. Курс лечения продолжается 3—4 недели.

Препараты ртути в настоящее время употребляются очень редко, главным образом в виде втираний серой ртутной мази.

Препараты мышьяка (новарсенол, миарсенол, осарсол) применяются в настоящее время редко, так как уступают по своему действию пенициллину и часто вызывают осложнения.

Методика лечения каждого больного сифилисом устанавливается врачом на основании инструкции Министерства здравоохранения СССР. Инструкция предусматривает возможность лечения больных сифилисом повторными курсами водорастворимого или дюрантного пенициллина и лечение чередованием курсов пенициллина и курсов препаратов висмута. Общее количество курсов лечения определяется в зависимости от стадии сифилиса: в начальных стадиях оно меньше, в поздних — больше. Для детей установлены более низкие дозы противосифилитических препаратов.

Превентивное, или предупредительное, лечение (один курс пенициллина) проводится лицам, имевшим половое сношение с больным сифилисом с заразными проявлениями. Оно может быть успешным лишь в том случае, если после этого сношения прошло не более 15 дней. Если же прошло больше 15 дней, то предупредительное лечение проводят как при сифилисе I серонегативном.

Осложнения противосифилитического лечения. Противосифилитические препараты способны вызывать у больного во время лечения ряд осложнений.

Пенициллин может вызывать аллергические реакции — токсикодермию с волдырными, пятнистыми и другими высыпаниями, острые отеки, анафилактический шок.

Гораздо реже наблюдаются токсические явления — головные боли, угнетение кровотворения. Иногда у больных развивается кандидоз (кандидамикоз) слизистых оболочек и кожи.

Висмут довольно часто приводит к осложнениям со стороны почек. В осадке мочи появляются перерожденные клетки почечного эпителия («висмутовые клетки»), позднее — белок и цилиндры. Реже встречаются раздражение десен и других участков слизистой оболочки рта.

Несоблюдение правил инъекций нерастворимых взвесей висмута и дюрантных препаратов пенициллина может приводить к опасным осложнениям. При попадании взвеси в просвет артерии может наступить омертвение тканей ягодицы. Попадание взвеси в просвет вены вызывает закупорку одной из ветвей легочной артерии. Нарушение правил асептики и антисептики при инъекциях грозит возникновением абсцесса ягодицы.

Довольно часто наблюдаются болезненные инфильтраты в толще ягодицы. Для лечения их применяют облучение лампой соллюкс, диатермию, грелки.

Прием йодистых солей нередко влечет появление насморка, конъюнктивита, усиленного отделения слюны, «йодистых угрей».

В целях профилактики осложнений противосифилитического лечения необходимо внимательное обследование больного перед лечением и наблюдение за переносимостью препаратов, правильный режим, пища, богатая витаминами, содержание в чистоте полости рта.

После завершения противосифилитического лечения больных оставляют под диспансерным наблюдением, которое продолжается от 2 до 10 лет в зависимости от периода сифилиса. Оно заключается в явке больного один раз в 3—6 месяцев для медицинского обследования и исследования серологических реакций. Если в течение срока наблюдения у больного не обнаруживается никаких проявлений сифилиса и серологические реакции остаются отрицательными, то он считается излеченным и снимается с учета.

§ 22. МЯГКИЙ ШАНКР

Заражение мягким шанкром происходит почти исключительно половым путем. Возбудителем является стрептобацилла Феррари—Петерсена. Через 3—4 дня после заражения на месте проникновения стрептобациллы в кожу или слизистую оболочку (обычно на половых органах) образуется язва неправильной формы, окруженная яркой краснотой. Величина ее вначале около конопляного зерна, но язва продолжает увеличиваться и достигает размеров 15—20-копеечной монеты и больше. Края язвы подрытые, дно неровное, покрыто обильным гнойным отделяемым. Язва очень болезненна, консистенция ее мягкая. Через несколько недель (при отсутствии лечения) начинается ее заживление и через 2—3 месяца от начала заболевания на ее месте образуется рубец. Так как обильное гнойное отделяемое, содержащее стрептобациллы, попадает на окружающую кожу или слизистую оболочку, то язвы мягкого шанкра чаще всего бывают множественными и находятся в разных стадиях развития (рис. 118). Течение мягкого шанкра может осложниться фимозом, парафимозом, гангренизацией или фагеденизацией.

При отсутствии лечения у 40% больных развивается острое воспаление паховых лимфатических узлов с нагноением.

Лечение мягкого шанкра заключается в назначении норсульфазола или сульфадимезина по 1 г 3—4 раза в день в течение 10 дней. Антибиотики тоже эффективны. Наружно на язву применяют водную кашицу из белого стрептоцида или норсульфазола. После очищения язвы назначают дезинфицирующие мази.

Благодаря успехам в борьбе с венерическими болезнями в Советском Союзе мягкий шанкр ликвидирован и заболеваний им с 1950 г. не отмечается. В капиталистических странах мягкий шанкр остается довольно частым заболеванием.

§ 23. ГОНОРЕЯ

Возбудителем гонореи является гонококк. Гонококк можно обнаружить в мазках отделяемого из всех пораженных органов. В мазках гноя гонококки обнаружива-

ются чаще всего внутри лейкоцитов (рис. 119). Мужчины и женщины заражаются почти исключительно при половых сношениях. Маленькие девочки заражаются внеполовым путем.

После попадания гонококка на слизистую оболочку мочеполовых органов до начала заболевания проходит 3—5 дней, иногда до 2—3 недель. Это инкубационный период гонореи. Кроме поражения мочеполовых органов, у больных гонореей иногда наблюдается заболевание суставов, сердца и даже гонококковый сепсис. Это доказывает, что гонорея является общей инфекцией всего организма, хотя у большинства больных воспалительные очаги имеются только в мочеполовых органах. При занесении руками больного гноя в глаза развивается острый гонорейный конъюнктивит или бленорея. Заражение глаз новорожденного может произойти во время родов, если у матери имеется гонорея.

Гонорея мужчины

Заболевание гонореей мужчин начинается с поражения уретры, куда гонококки попадают во время полового сношения с женщиной, больной гонореей. По истечении инкубационного периода больной начинает ощущать зуд и жжение в области уретры и резь при мочеиспускании Вокруг наружного отверстия уретры появляются краснота и отечность, из уретры вытекает желтовато-зеленоватый гной. Если больной помочится в 2 стакана, то в первом стакане моча мутная от примеси гноя, а во втором — чистая. Это указывает на поражение только передней части уретры, которая отделена сфинктером от задней части уретры и не пропускает в нее гной **(передний гонорейный уретрит).** Без лечения уретрит может стихнуть через 2—3 недели, но чаще воспалительный процесс распространяется на заднюю часть уретры. При **заднем гонорейном уретрите** у больных появляются частые болезненные позывы на мочеиспускание. Резь особенно усиливается в конце мочеиспускания, последние капли мочи нередко окрашены кровью. При мочеиспускании в 2 стакана моча в обеих порциях равномерно мутна. Задний уретрит часто осложняется воспалением предстательной железы, придатков яичек (рис. 120) и семенных пузырьков.

В случае отсутствия лечения острый уретрит может перейти в хронический гонорейный уретрит. Воспалительные явления при нем слабо выражены. Больной отмечает лишь утром до мочеиспускания небольшую каплю слизисто-гнойного отделяемого из уретры. В первой

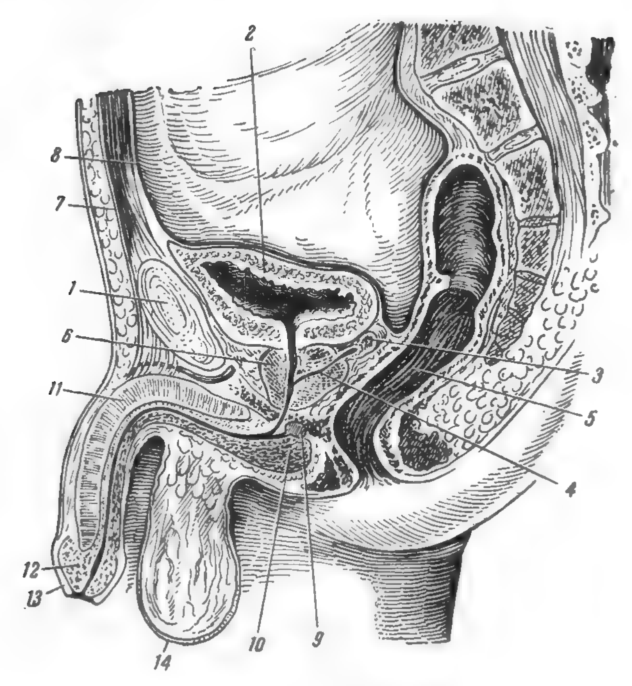


Рис. 120. Мужской таз.

1 — лонное сращение; *2* — мочевой пузырь; *3* — семенной пузырек; *4* — семявыбрасывающий проток; *5* — прямая кишка; *6* — предстательная железа; *7* — брюшная стенка; *8* — брюшина; *9* — куперова железа; *10—12* — кавернозные тела уретры и полового члена; *13* — крайняя плоть; *14* — мошонка.

порции мочи при двухстаканной пробе видны гнойные нити и хлопья, во второй порции моча чистая. Больной может ощущать в уретре зуд, щекотание, жжение. Без лечения хронический уретрит может длиться очень долго. Под влиянием половых сношений, употребления алкоголя хронический гонорейный уретрит нередко обостряется. Появляются гнойные выделения, резь при мочеиспуска-

нии, моча становится мутной, но эти явления даже без лечения скоро проходят.

Довольно часто гонорейный уретрит с самого начала протекает со слабыми воспалительными явлениями. Резь выражена слабо или отсутствует, отделяемое из уретры скудное, слизисто-гнойное или слизистое, моча в первой порции слегка мутновата, во второй — чистая **(свежая торпидная гонорея).** Вялое течение гонореи в таких случаях объясняется измененными свойствами гонококков и пониженной реактивностью организма больных. Больные свежей торпидной гонореей иногда долго не обращаются к врачу, так как не считают себя больными, не чувствуя рези и не замечая скудных выделений. Подобные больные нередко продолжают вести половую жизнь, употребляют спиртные напитки, что приводит к заражению гонореей женщин и к возникновению у больного осложнений.

Осложнения гонореи развиваются в результате перехода гонореи из уретры на предстательную железу, придатки яичек, семенные пузырьки. Причинами осложнений могут быть падение сопротивляемости организма, половое возбуждение, употребление алкоголя, неправильное лечение.

Гонорейный простатит, или воспаление предстательной железы, — частое осложнение гонореи, особенно свежей торпидной и хронической. Он может быть острым и хроническим и захватывать выводные протоки простаты (катаральный простатит), отдельные железистые дольки ее (фолликулярный простатит) и всю ткань железы (паренхиматозный простатит). У больных могут быть жалобы на неловкость и болезненность при испражнении, учащенное мочеиспускание или задержку его.

Гонорейный эпидидимит, или воспаление придатка яичка, обычно развивается остро. Появляются боли в паховой области и в яичке, придаток яичка становится увеличенным, плотным, болезненным. Кожа мошонки становится гиперемированной и отечной. После двустороннего эпидидимита часто развивается бесплодие из-за непроходимости семявыносящих протоков.

Гонорейный везикулит, или воспаление семенных пузырьков, обычно наблюдается одновременно с

эпидидимитом или простатитом. Жалобы больных сходны с жалобами при простатите.

Хронический простатит и везикулит часто ведут к нарушению половой способности.

Гонорея женщины

При гонорее у женщин обычно вовлекается в процесс с самого начала несколько органсв: уретра, бартолиновы железы, шейка матки (рис. 121). У женщин нередко

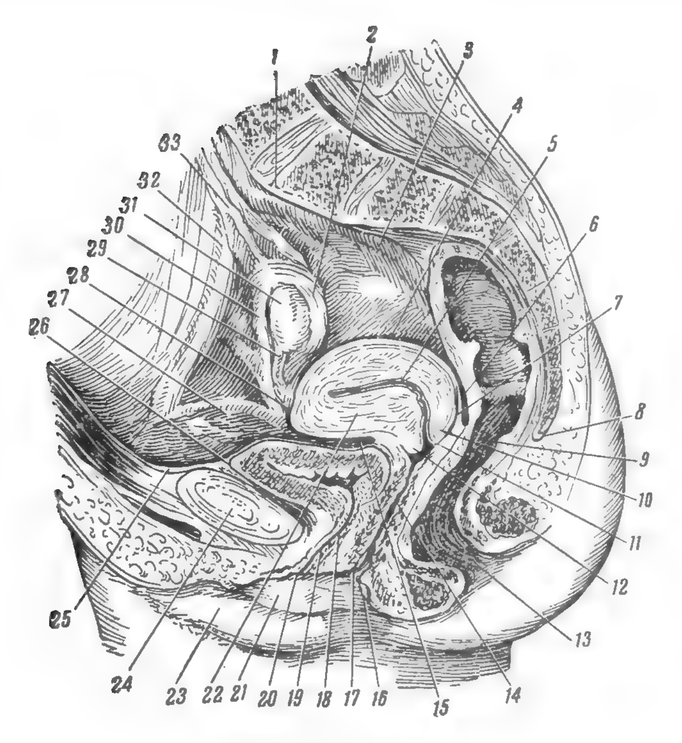


Рис. 121. Женский таз.

1 — выступ крестца; *2* и *30* — фаллопиева труба; *3* — брюшина; *4, 22* и *28* — матка; *5* — внутренний зев матки; *6* и *15* — дугласовы пространства; *7* — задний свод; *8* — копчик; *9* — прямая кишка; *10* и *12* — шейка матки; *13* — задний проход; *14* — влагалище; *16* и *17* — девственная плева и вход во влагалище; *18, 19* и *20* — уретра; *21* — малая половая губа; *23* — большая половая губа; *24* — лонное сращение; *25* — пупочная связка; *26* — мочевой пузырь; *27, 29* и *33* — связки матки; *31* — яичник; *32* — подвздошная вена.

даже острая гонорея протекает со слабыми субъективными признаками. Поэтому нередко больная гонореей женщина долгое время не подозревает о своем заболевании и не обращается к врачу. При поражении только шейки матки, уретры и бартолиновых желез говорят о неосложненной гонорее, при поражении полости матки, придатков ее, околоматочной клетчатки и брюшины малого таза — о восходящей гонорее.

Гонорейный эндоцервицит, или воспаление канала шейки матки, наблюдается почти у всех больных гонореей женщин. Появляются гнойные выделения из влагалища, вызывающие раздражение кожи (разъедающие бели). Иногда больные жалуются на тяжесть в малом тазу, боли в крестце и пояснице. При осмотре влагалищным зеркалом шейка матки выглядит покрасневшей, отечной, с ярко-красной эрозией вокруг наружного зева и слизисто-гнойным отделяемым. Воспалительные явления через некоторое время стихают, эндоцервицит становится хроническим. Жалоб у больных нет, отделяемое из шейки скудное. На шейке матки вокруг наружного зева часто имеется эрозия. Иногда шейка матки выглядит увеличенной, плотной, красновато-синюшной.

Гонорейный уретрит у женщин вызывает лишь умеренную резь и жжение при мочеиспускании. Вокруг отверстия уретры заметна краснота и отечность тканей, из отверстия выделяется гной.

Гонорейный бартолинит встречается у 20—25% больных гонореей женщин. Процесс может захватывать только устья выводных протоков, выводные протоки полностью и тело железы. Эндоцервицит, уретрит и бартолинит при хронической и свежей торпидной гонорее не вызывают никаких жалоб.

Восходящая гонорея развивается при пониженной сопротивляемости организма и отсутствии лечения, при неправильном лечении, половых сношениях и употреблении алкоголя. Менструальный период также способствует развитию восходящей гонореи. Появляются боли в нижней части живота и пояснице, нередко повышается температура тела. Выделения из шейки матки делаются обильными, серозно-гнойными. Гонорейный аднексит (воспаление придатков) часто сопровождается раздражением тазовой брюшины — тошнотой, рвотой, запором и напряжением мышечной стенки живота.

Хронический аднексит сопровождается тупыми болями внизу живота и в пояснице, белями, нарушениями менструаций, маточными кровотечениями. Алкоголь, половые сношения, тяжелая физическая работа могут вызывать обострения аднексита. Двусторонний гонорейный аднексит часто приводит к бесплодию.

Женщины, больные хронической и свежей торпидной гонореей, представляют большую опасность распространения гонореи, особенно если они ведут аморальную жизнь.

Гонорейный проктит у женщин развивается вследствие затекания гноя в задний проход из влагалища. В складках слизистой заднего прохода имеется гнойное отделяемое, иногда краснота, трещины. Нередко больные жалуются на зуд и болезненность в заднем проходе.

Гонорея у девочек возникает обычно при заражении внеполовым путем от женщин, больных гонореей (матерей, старших сестер и т. п.), при тесном соприкосновении с ними (общая постель) или через ночные горшки, тазы для подмывания, белье, губки, мочалки, которыми пользовалась больная гонореей женщина. Более часто болеют гонореей девочки в возрасте 3—7 лет. Чаще всего гонорея у девочки поражает слизистые оболочки входа во влагалище и самого влагалища (гонорейный вульвовагинит). У взрослых женщин вульвит и вагинит встречаются редко, так как строение эпителия и химический состав слизи влагалища у них неблагоприятны для развития гонококка.

Кожа и слизистая оболочка наружных половых органов заболевшей девочки становятся покрасневшими и отечными. Из влагалища вытекает гнойное отделяемое. Слизистая входа ярко-красного цвета, инфильтрирована. Очень часто гонорея у девочек поражает и уретру. Слизистая оболочка вокруг отверстия уретры и клитора становится ярко-красной и отечной, из уретры вытекает гной. Мочеиспускание учащается, сопровождается болью и жжением.

Обильное гнойное отделяемое из влагалища вызывает покраснение и отечность кожи больших половых губ, паховых складок, внутренней поверхности бедер и промежности. На этих местах появляются эрозии и гнойные корочки. Нередко наблюдается у девочек и воспаление

слизистой оболочки прямой кишки (**гонорейный проктит**). Кожа вокруг заднего прохода краснеет, складки слизистой оболочки набухают, иногда образуются трещины, стул может быть болезненным. Из заднего прохода вытекает гнойное или слизисто-гнойное отделяемое.

Поражение слизистой оболочки канала шейки матки у девочек наблюдается реже. Восходящая гонорея у них встречается крайне редко.

Больные гонореей девочки часто бывают вялыми, раздражительными, теряют аппетит. Через 2—3 недели острые явления стихают: уменьшается гнойное отделяемое, мочеиспускание становится нормальным, кожа и слизистые бледнеют.

Довольно часто наблюдается у девочек свежая торпидная гонорея: субъективные ощущения слабые, отделяемого мало, краснота и отечность мало выражены.

При хронической гонорее у девочек воспалительные явления слабо выражены. Имеется небольшое покраснение входа во влагалище и вокруг уретры, отделяемое скудное, слизисто-гнойное. Длительное время могут совсем отсутствовать воспалительные явления и субъективные ощущения. Время от времени под влиянием перенесенной инфекции (корь и др.), простуды и т. п. хроническая гонорея может обостряться и напоминать картину острой гонореи, но эти явления довольно быстро стихают.

Лечение гонореи

Гонорея представляет собой общее инфекционное заболевание с преимущественным поражением мочеполовых органов. Поэтому при гонорее необходимо сочетание общего и местного лечения.

Антибиотики являются основным средством общего лечения больных гонореей. Наиболее широко применяется пенициллин. Водорастворимый пенициллин вводят по 200 000 ЕД через 3 часа, экмоновоциллин по 600 000 ЕД 2 раза в день, бициллин-1 или бициллин-3— 1 200 000 ЕД (по 600 000 ЕД в каждую ягодицу). На курс лечения назначают 800 000—1 200 000 ЕД больным острой неосложненной гонореей и 1 500 000—3 000 000 ЕД больным острой осложненной, свежей торпидной и хронической гонореей.

Применяют и другие антибиотики. Стрептомицин вводят по 0,5 г 2 раза в день; на курс лечения при острой неосложненной гонорее 1 г, при остальных формах 2—4 г. Синтомицин принимают по 0,5 г 4 раза в день: на курс при острой гонорее 10 г, при осложненной острой, свежей торпидной и хронической гонорее 12—15 г. Левомицетин назначают так же, как синтомицин, но курсовые дозы меньше: при острой неосложненной гонорее 5 г, при остальных формах 6—7 г. Тетрациклин, биомицин и террамицин дают в одинаковых дозах — по 0,2 г 5 раз в день; на курс 3—4 г при острой неосложненной гонорее и 5—7 г при остальных формах.

Сульфаниламидные препараты назначают больным, которым нельзя применять антибиотики, а также в сочетании с пенициллином. Норсульфазол и сульфадимезин больные принимают по 1 г 5 раз в день, всего 20 г.

Детям установлены меньшие дозы антибиотиков и сульфаниламидных препаратов.

Иммунотерапия необходима при лечении больных осложненной острой, свежей торпидной и хронической гонореей.

Сопротивляемость организма этих больных гонококку, как правило, снижена. Поэтому назначения антибиотиков для излечения таких больных недостаточно. Чтобы повысить реактивность организма и усилить действие антибиотиков, применяют гонококковую вакцину, лактотерапию и аутогемотерапию.

Гоновакцину вводят внутримышечно с 200—300 млн. микробных тел, постепенно повышая до 1 млрд. микробных тел, инъекции делают через 2—3 дня, всего 4—6 раз.

Инъекции молока начинают с 1—2 мл и, увеличивая каждый раз на 2—3 мл, доводят до 5—10 мл. Инъекции делают один раз в 3—5 дней, всего 4—5 раз. Аутогемотерапию проводят один раз в 3 дня по 5—8—10 мл, всего 4—6 раз.

Местное лечение. Лечение антибиотиками больных острой неосложненной гонореей не требует местных лечебных процедур, при лечении же больных остальными формами гонореи местное лечение имеет очень большое значение.

Для лечения уретрита пользуются **промываниями** уретры теплым (38—40°) раствором марганцовокислого калия 1 : 10 000 из кружки Эсмарха с простерилизованным стеклянным наконечником. Кружку вешают на 1—1,5 м выше кушетки, куда ложится больной. Кожу вокруг отверстия уретры обмывают струей из кружки, после чего наконечник вводят в уретру и пускают жидкость до наполнения передней части уретры. Затем наконечник выдвигают и жидкость из уретры вытекает. Это повторяют несколько раз, расходуя около 0,5 л раствора. Первые 3—5 дней промывают только переднюю часть уретры, в дальнейшем же, промыв переднюю часть уретры, приступают к промыванию и задней части ее. Для этого наконечник плотно вводят в отверстие уретры и не вынимают, пока раствор не пройдет в мочевой пузырь. После появления позыва на мочеиспускание наконечник вынимают и больной выпускает промывную жидкость. Мочевой пузырь наполняют 2 раза или больше — пока вытекающий обратно раствор перестанет быть мутным и сохранит розовую окраску.

При подостром и хроническом уретрите применяют также **инстилляции** в уретру 6—8 мл 0,25—1% раствора ляписа, 1—2% раствора протаргола, а также введение прямых или изогнутых бужей. Больным простатитом и везикулитом с острыми явлениями делают горячие микроклизмы. В положении больного на правом боку с согнутыми ногами в прямую кишку вводят резиновым баллоном полстакана воды 40—42° и оставляют его в таком положении на 15 минут. При простатите и везикулите без острых явлений пользуются **массажем** и **диатермией**.

Больным острым эпидидимитом назначают ношение суспензория с согревающим компрессом. Часто необходим и постельный режим. Когда острые явления исчезнут, переходят на горячие ванночки, парафинотерапию, диатермию.

Уретрит у женщин лечат промываниями и инстилляциями. При хроническом уретрите добавляют смазывание уретры чистым ихтиолом.

Лечение больных эндоцервицитом проводят с помощью теплых спринцеваний марганцовокислым калием, влагалищных ванночек (вводят зеркало Куско и наливают на 5 минут теплый 2—5% раствор протаргола,

чтобы он покрывал шейку матки) и смазываний канала шейки матки люголевским раствором. Для лечения больных бартолинитом и проктитом пользуются сидячими ваннами с марганцовокислым калием. При проктитах резиновым баллоном вводят в задний проход 5—10 мл 3% раствора протаргола, трещины смазывают 5% ляписом.

Девочкам, больным острой гонореей, назначают постельный режим, сидячие теплые ванны. После ванны наружные половые органы осторожно обсушивают и присыпают тальком. Когда острые явления стихают, назначают промывания влагалища через тонкий резиновый катетер теплым раствором марганцовокислого калия, инстилляции во влагалище 3—5 мл 1—2% раствора протаргола. В уретру закапывают глазной пипеткой 3—4 капли этого раствора.

По окончании лечения гонореи и отсутствии гонококков в мазках больных оставляют под наблюдением при острой неосложненной гонорее на 7—10 дней, при остальных формах—на 2—4 недели. После этого для проверки излеченности проводят провокацию (инстилляция 0,5% раствора ляписа, инъекция гонококковой вакцины, введение бужа, острая пища и пиво). После провокации в течение 3 дней берут мазки отделяемого. У женщин провокацию делают по окончании менструации. Мужчинам рекомендуется через месяц повторить провокацию. Женщинам следует делать провокации после трех менструальных циклов.

Благоприятные результаты провокаций позволяют считать больных излеченными.

§ 24. ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ И ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В СССР

В нашем социалистическом государстве дело охраны здоровья трудящихся является одной из важнейших задач партии и правительства.

Советская система борьбы с венерическими и заразными кожными болезнями основана на преимуществах социалистического общества над капиталистическим. Она построена на следующих принципах:

1. Все больные венерическими и грибковыми заболеваниями, лепрой и туберкулезом кожи берутся на учет лечебными учреждениями.

На каждого нового больного заполняется **обязательное извещение** (форма 281), которое представляется в районную (городскую) больницу или городской отдел здравоохранения.

2. Больным венерическими и заразными кожными болезнями оказывается **бесплатная квалифицированная** медицинская помощь.

Для того чтобы лечение было доступно каждому такому больному, существует широкая сеть кожно-венерологических диспансеров и кабинетов в поликлиниках и в сельских больницах.

3. Все больные заразными формами сифилиса (сифилис I, сифилис II свежий и сифилис II рецидивный, врожденный сифилис грудного и раннего детского возраста) в обязательном порядке подлежат госпитализации не позднее 24 часов с момента обращения за медицинской помощью. Первый курс лечения им проводится в кожно-венерологическом стационаре или в сельской больнице.

4. Каждый больной венерическим или заразным кожным заболеванием берется на **диспансерное наблюдение** тем лечебным учреждением, на учете которого он состоит (вендиспансер, сельская больница и т. д.).

а) Устанавливается контроль за аккуратностью лечения больного и за доведением им лечения до выздоровления. Если больной лечится неаккуратно, то лечебное учреждение вызывает его для разъяснения необходимости правильного лечения и доведения его до выздоровления.

б) Выявляется **источник заражения,** т. е. лицо, от которого больной заразился венерической болезнью. Это лицо должно быть также привлечено к лечению.

в) Для выяснения, не заразил ли сам больной окружающих венерическим или заразным кожным заболеванием, проводится обследование всех членов семьи и других лиц, с которыми больной имел половые сношения или находился в тесном контакте.

5. Больные венерическими болезнями, уклоняющиеся от лечения и заражающие других лиц, привлекаются к ответственности по советским законам.

6. Для активного выявления больных и предупреждения распространения венерических и заразных кожных болезней проводятся **профилактические осмотры** в детских учреждениях, работников детских, пищевых и коммунальных учреждений, доноров, обследование беременных с целью профилактики врожденного сифилиса.

7. Важнейшее значение имеет **санитарное просвещение.** Издаются специальные брошюры, листовки, плакаты, кинофильмы для ознакомления населения с венерическими и заразными кожными болезнями, путями заражения и мерами их предупреждения. Медицинские работники, в том числе и медицинские сестры, должны систематически вести разъяснительную работу среди населения по этим вопросам.

Работа по борьбе с венерическими и кожными болезнями возглавляется Министерством здравоохранения СССР и Центральным кожно-венерологическим институтом. На местах ею руководят министерства здравоохранения союзных республик и республиканские кожно-венерологические институты или диспансеры.

Роль среднего медицинского персонала в борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями велика и ответственна. Медицинские сестры выполняют большинство лечебных процедур больным венерическими и кожными болезнями, берут материал (кровь, мочу, отделяемое из уретры, шейки матки и пр.) на лабораторное исследование, заполняют бланки обязательных извещений.

От правильности и точности работы медицинских сестер во многом зависит своевременное установление диагноза заболевания и успех лечения больного.

Медицинские сестры являются ближайшими помощниками врача. Они должны иметь необходимые знания о венерических и кожных болезнях и понимать смысл выполняемых ими лечебных и профилактических мер. Медицинские сестры должны уметь объяснить больному важность проводимого ему лечения, необходимость аккуратного лечения и соблюдения назначенного режима. Каждая беседа с медицинской сестрой должна укреплять у больного чувство уверенности в выздоровление. Медицинская сестра должна избегать неосторожных слов и выражений: «эта болезнь неизлечима», «больному лече-

ние не помогает» и т. п. Такие выражения оказывают отрицательное влияние на психику больного и затрудняют его излечение.

Советская медицина видит в медицинских сестрах людей, которым вместе с врачами и другими медицинскими работниками вверена охрана здоровья строителей коммунистического общества.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

БОЛЕЗНИ УХА, НОСА И ГОРЛА

ВВЕДЕНИЕ

Оториноларингология (сокращенно ЛОР) — учение о болезнях уха, носа и горла — является одной из тех медицинских специальностей, которые получили широкое развитие лишь после Великой Октябрьской социалистической революции. В дореволюционной России оториноларингология находилась в зачаточном состоянии, и специализированная медицинская помощь была доступна лишь небольшой части населения.

Необходимо отказаться от устаревшего взгляда, что заболевания носа, глотки и гортани — это заболевания «узко специальные». Заболевания верхних дыхательных путей влияют на весь организм в целом. С другой стороны, многие общие заболевания сопровождаются нередко ярко выраженными патологическими изменениями в верхних дыхательных путях.

В нашей стране осуществляется широкий комплекс мероприятий, направленных на улучшение здоровья трудящихся, в том числе открыта широкая сеть поликлинических и стационарных ЛОРучреждений, в которых оказывается квалифицированная медицинская помощь населению. Велико значение оториноларингологии и как профилактической специальности. Оздоровление верхних дыхательных путей ведет не только к уменьшению общей заболеваемости, особенно заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ангины и острые катары верхних дыхательных путей), но и к улучшению показателей физического развития, особенно в детском возрасте. Принцип отечественной медицины — лечить не болезнь, а больного — является ведущим в оторинола-

ринголопии и позволяет правильно разрешать вопросы терапии при заболеваниях уха, носа и горла.

Учащиеся средних медицинских школ должны поэтому быть ознакомлены с основными сведениями о патологии уха и верхних дыхательных путей и хорошо изучить особенности ухода за ЛОРбольными.

Изучение ухода при ЛОРзаболеваниях облегчается тем, что учащиеся предварительно уже должны быть знакомы с общим курсом ухода за больными. При изложении курса ухода за ЛОРбольными даны на современном теоретическом уровне лишь самые существенные сведения по этиологии, патогенезу, клинике и лечению описываемых заболеваний, без чего невозможно сознательное выполнение назначений врача, правильный уход, а при необходимости и оказание первой помощи.

Средний медицинский персонал должен также уделять большое внимание вопросам профилактики при заболеваниях верхних дыхательных путей, содействуя тем самым снижению заболеваемости.

Перед изложением клиники заболеваний приведены краткие сведения по анатомии и физиологии ЛОРорганов, которые должны облегчить усвоение клинической части курса[1].

Из всех заболеваний носа, глотки и гортани первое место по частоте занимают воспалительные заболевания этих органов.

Заболевания ангиной дают громадное количество дней временной нетрудоспособности. Даже при неосложненной ангине больной нетрудоспособен в течение 6—7 дней, при флегмонозной — в течение 10—12 дней. Частые осложнения ангин значительно удлиняют эти сроки. Отсюда ясно, какое исключительное значение приобретает профилактика этих заболеваний.

Катары верхних дыхательных путей передаются так называемым капельным путем. Особенно восприимчивы к ним, так же как и к ангине, дети. Чиханье, поцелуи, иногда даже разговор вблизи ребенка влекут за собой передачу инфекции. Отсюда вытекают меры личной профилактики. Во время насморка, а тем более заболевания

[1] В начале прохождения курса «Уход за оториноларингологическими больными» необходимо с преподавателем на рисунках, муляжах и препаратах повторить анатомию органов уха, носа, глотки и гортани.

глотки больной должен чихать в платок, не целоваться, не передавать своей посуды другому, особенно тщательно мыть руки; при разговоре, смехе отворачиваться в сторону или закрывать рот платком. Все эти меры особенно важны для персонала, работающего в детских учреждениях (яслях, детских домах, больницах).

При возникновении ангины у больного, находящегося в стационаре, его следует немедленно изолировать.

Главное внимание, помимо этих мер, должно быть уделено закаливанию организма и повышению его сопротивляемости инфекционным заболеваниям. Здесь на первом месте должно стоять правильное воспитание детей, приучение их к колебаниям температуры. Этому способствуют холодные обтирания, купания, пребывание на воздухе, привыкание к ношению легкой одежды вместо закутывания в фуфайки, шарфы и шубы. Физкультура и спорт в широком смысле этого слова являются могучим фактором профилактики так называемых простудных заболеваний верхних дыхательных путей не только у детей, но и у взрослых.

В предупреждении профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей большое значение имеет как общественная, так и личная профилактика. Основными вредно влияющими на состояние верхних дыхательных путей факторами в условиях производства необходимо считать пыль, пары, газы и резкие температурные колебания. В сочетании с другими неблагоприятными факторами они могут способствовать возникновению воспалительных процессов верхних дыхательных путей, что в свою очередь отражается на состоянии организма в целом и в особенности нижних дыхательных путей и легких. В качестве профилактических мероприятий особое значение начинают приобретать мероприятия профессионально-консультационного характера и санация верхних дыхательных путей. Медицинский осмотр поступающих на производство молодых рабочих позволяет рекомендовать им наиболее рациональную в зависимости от их способностей и физических данных работу. Ценность профессионального отбора значительно увеличивается, если медицинский персонал не ограничивается однократным медицинским осмотром, а дополняет его постоянным наблюдением над рабочими.

Так, например, подросток, страдающий выраженной формой атрофического насморка, особенно если последний сопровождается заболеванием нижних дыхательных путей, в условиях производства со значительной запыленностью воздуха окажется менее устойчивым к пыли. Другой пример: подростка, страдающего аденоидами и хроническим насморком, прежде чем направить на производство, следует подвергнуть санации верхних дыхательных путей, т. е. удалению аденоидов и лечению насморка.

К мерам личной профилактики относятся смазывания полости носа жировыми веществами (хромовые производства), промывания и ингаляции полости носа, глотки и гортани. Ингаляции могут иметь существенное значение в личной профилактике, когда они производятся непосредственно по окончании работы в пыльном цеху. Для защиты верхних дыхательных путей от попадания пыли предложен ряд масок (респираторов).

Меры общественной профилактики сводятся к техническим усовершенствованиям процессов производства, при которых весьма часто удается уничтожить возникновение вредного фактора (пыль, пары, газы и т. д.).

Особенно широко в целях оздоровления производства пользуются вентиляцией усовершенствованной системы. Все эти мероприятия технического характера всегда учитывают при проектировке и строительстве новых заводов и предприятий.

Громадное профилактическое значение как оздоровляющий фактор имеют такие мероприятия советского государства, как переход на 6-часовой рабочий день, регулярные отпуска, предоставление возможности проведения их в домах отдыха и санаториях, повышение материального и культурного уровня трудящихся, борьба с алкоголизмом и т. д.

Предлагая вниманию учащихся и преподавателей весьма сжатое изложение основных сведений по уходу при заболеваниях уха, носа и горла, мы надеемся, что они окажут существенную помощь в подготовке квалифицированных медицинских сестер.

§ 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА

Анатомия

Периферическая часть органа слуха состоит из трех отделов: наружного, среднего и внутреннего уха (рис. 122). Во внутреннем ухе расположены рецепторы слухового и вестибулярного анализаторов.

Наружное ухо состоит из ушной раковины и наружного слухового прохода.

Ушная раковина образована гиалиновым хрящом, покрытым кожей.

Наружный слуховой проход начинается воронкообразным углублением на наружной поверхности ушной раковины и представляет собой канал длиной около 3,5 см, направляющийся горизонтально кнутри и несколько кпереди. В конце этого канала располагается барабанная перепонка. Наружная треть слухового прохода образована хрящом и перепончатой тканью, внутренние две трети — костью. В коже хрящевой части слухового прохода имеются серные железы, вырабатывающие ушную серу.

Хрящевой и костный отделы наружного слухового прохода находятся под углом друг к другу, поэтому при осмотре барабанной перепонки необходимо оттягивать ушную раковину кзади и кверху, чтобы выпрямить слуховой проход.

Барабанная перепонка (рис. 123) представляет собой тонкую мембрану, располагающуюся на границе наружного и среднего уха, около 1 см в диаметре.

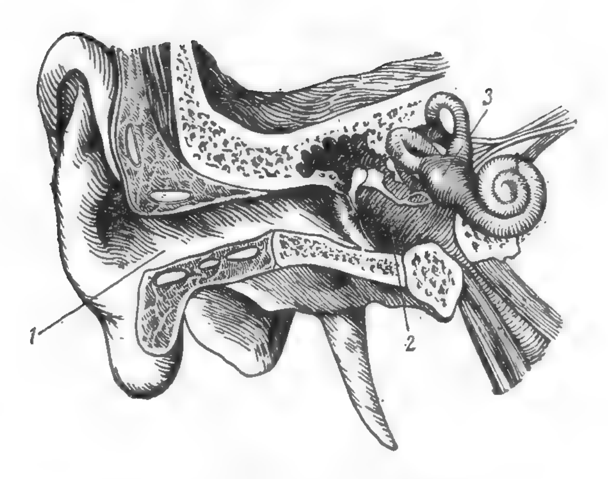


Рис. 122. Топография наружного, среднего и внутреннего уха (полусхематически).

1 — наружное ухо; *2* — среднее ухо; *3* — внутреннее ухо.

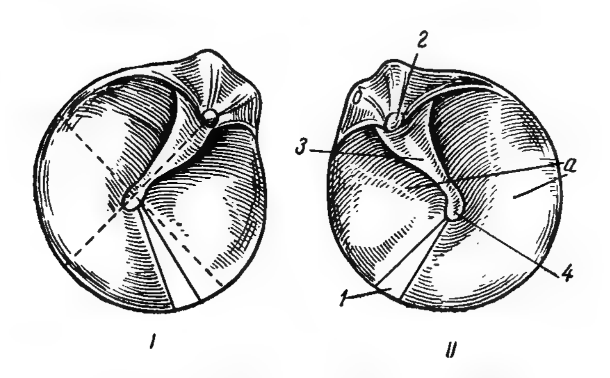


Рис. 123. Нормальная барабанная перепонка.

I — справа. *II* — слева.

а — натянутая часть; *б* - расслабленная часть, или шрапнелева перепонка. *1* — световой конус. *2* — короткий отросток молоточка; *3* — рукоятка молоточка; *4* — пупок (центральная наиболее втянутая часть барабанной перепонки).

Бо́льшая ее часть натянута в костном кольце и носит название натянутой, а меньшая, располагающаяся кверху, называется расслабленной, или шрапнелевой, перепонкой.

Барабанная полость представляет собой небольшое, объемом около 1 см³, пространство, располагающееся в толще височной кости между барабанной перепонкой и внутренним ухом. В барабанной полости располагается цепь слуховых косточек, состоящая из молоточка, наковальни и стремечка, которая вместе с барабанной перепонкой образует звукопроводящую систему. Спереди через евстахиеву трубу барабанная полость сообщается с полостью носоглотки, сзади через вход в пещеру — с пещерой и клетками сосцевидного отростка. В барабанной полости, как и в клетках сосцевидного отростка, содержится поступающий через евстахиеву трубу воздух.

Внутреннее ухо, или ушной лабиринт, состоит из костного и перепончатого лабиринта. Внутреннее ухо делится на преддверие (центральная часть), три полукружных канала и улитку.

Улитка представляет собой костный канал, который образует два с половиной завитка вокруг костного стержня и внешне напоминает садовую улитку. В перепончатой части улитки находится очень сложный по гистологическому строению кортиев орган, в котором располагаются чувствующие волосатые клетки; они соединяются с подходящими к ним волокнами слухового нерва, образуя периферическую часть слухового анализатора.

Вестибулярный аппарат состоит из преддверия с заложенным в нем отолитовым аппаратом и полукружных каналов с их ампулярным аппаратом. В них находятся концевые разветвления вестибулярного анализатора.

Физиология

Ухо является одним из органов чувств, с помощью которых человек общается с внешним миром.

Ухо выполняет две функции: 1) слуховую: 2) ориентировки в пространстве и сохранения равновесия тела.

Слуховая функция складывается из проведения звуков через наружное и среднее ухо или мягкие ткани и кости черепа и из восприятия звуков рецептором слу-

хового анализатора — кортиевым органом, располагающимся во внутреннем ухе.

Наружное и среднее ухо относят к звукопроводящему аппарату, а внутреннее ухо, точнее, кортиев орган, — к звуковоспринимающему аппарату.

Слуховая функция уха в полном объеме обеспечивается нормальным состоянием звуковоспринимающего и звукопроводящего аппаратов.

Окончательный анализ и синтез звуковых раздражений осуществляется в коре височной доли головного мозга, где происходит превращение нервного возбуждения в ощущение звука.

Человек воспринимает звуки внешней среды с частотой колебаний от 16 до 20 000 в секунду.

В е с т и б у л я р н а я ф у н к ц и я. Определение положения тела и отдельных его частей в пространстве является результатом содружественной работы многих рецепторов. Помимо зрения, они заложены в коже, в мышцах, а также суставах и сухожилиях.

В определении положения тела, а также в поддержании равновесия при покое и движении, большую роль играет вестибулярный аппарат, заложенный в преддверии и полукружных каналах. При заболевании вестибулярного аппарата больные не могут стоять, ходить и сидеть. У них появляется головокружение, тошнота и рвота.

Методы исследования

Исследование начинают с опроса больного; в первую очередь выясняют жалобы, которые заставили больного обратиться за помощью, и обстоятельства, при которых возникло данное заболевание. При заболеваниях уха обращают внимание на следующие явления: а) боли в ушах, их характер; б) гноетечение из уха; в) понижение слуха или глухоту; г) шум в ушах; д) головокружение. Не менее важным является общее состояние больного, наличие головной боли, повышенной температуры и т. д.

Наиболее частой причиной острых заболеваний среднего уха являются воспалительные процессы в носу и глотке. Поэтому необходимо выяснять, не предшествовали ли заболеванию уха грипп, острый насморк и т. д.

Осмотр уха складывается из наружного осмотра, ощупывания ушной раковины и сосцевидного отростка, а также осмотра наружного слухового прохода и барабанной перепонки.

Для осмотра уха (отоскопия), как и для осмотра носа (риноскопия), глотки и гортани (фарингоскопия и ларингоскопия), требуется искусственное освещение: жела-



Рис. 124. Лобный рефлектор.

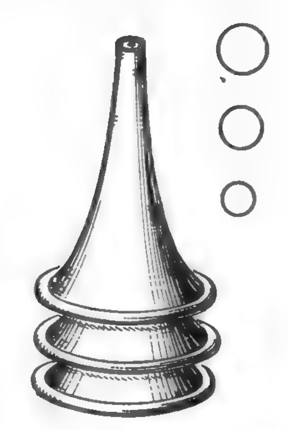


Рис. 125. Ушные воронки.

тельно производить исследование в затемненном помещении для большего контраста освещенного участка по сравнению с окружающими предметами. С этой целью пользуются рефлектором для отражения света — круглым, слегка вогнутым зеркалом с лобной повязкой для фиксации на голове (рис. 124). Лучшим источником света является матовая электрическая лампа в 50—60 вт. При отсутствии ее пользуются керосиновой лампой с плоским фитилем. Исследование производят в сидячем положении, источник света помещают на уровне головы больного справа и несколько кзади. При исследовании маленьких детей их усаживают на руки помощнику, который одной рукой крепко держит голову ребенка, прижимая ее к своей груди, а другой — удерживает его руки. Ноги ребенка должны быть зажаты между ногами помощника. Для осмотра стенок наружного слухового прохода и барабанной перепонки пользуются ушными воронками (рис. 125). Ушную раковину оттягивают квер-

ху и кзади; легкими вращательными движениями ушную воронку вводят в слуховой проход на глубину 1—1,5 см до костной части, одновременно с помощью рефлектора освещают слуховой проход (рис. 126).

Нормальная барабанная перепонка имеет вид овала жемчужно-серого цвета, на котором видны опознавательные пункты. Для определения подвижности барабан-



Рис. 126. Осмотр барабанной перепонки (отоскопия).

ной перепонки применяют пневматическую воронку. Исследование слуховой функции производят шепотной и разговорной речью, камертонами и с помощью специального аппарата — аудиометра. Вестибулярную функцию исследуют путем определения у испытуемого координации движения, функции глазодвигательных мышц (нистагм)[1], а также с помощью вращающегося кресла Барани и калорической пробы, вливая в ухо холодную или теплую воду определенной температуры.

Общие методы ухода и лечения при заболеваниях уха

Простейшие приемы ухода и лечения при заболеваниях уха обычно не требуют специальных приспособлений и сложных инструментов. Они легко выполнимы как в

---

[1] Под нистагмом понимают ритмичное движение глазных яблок симметрично на обоих глазах, обнаруживаемые при том или ином их положении.

больничной, так и в амбулаторной обстановке, равно как и на пунктах первой помощи предприятий, совхозов или колхозов.

Уход за больными с заболеваниями уха состоит в очистке уха и введении в него различных лекарственных веществ.

Способы очистки. Во многих случаях перед осмотром барабанной перепонки необходимо очистить наружный слуховой проход от серы, гноя или корок. Очистка его является одним из элементов лечения уха; она может быть произведена влажным и сухим способами.

Влажный способ (промывание уха) применяется в тех случаях острого или хронического гнойного воспаления среднего уха, когда гноетечение настолько обильно, что удаление гноя сухим способом отнимает много времени у лечащего персонала, а если оно выполняется самим больным, то не обеспечивает полной очистки.

Промывать ухо можно при помощи 100-граммового ушного шприца или для безопасности с помощью обыкновенного резинового баллона. Резиновые баллоны бывают двух видов: сплошь резиновые с толстым наконечником, который трудно ввести в отверстие слухового прохода, и с костяным наконечником—более пригодные для этой цели. Во избежание случайного ранения стенок наружного слухового прохода на костяной наконечник следует надеть тонкую, на конце косо срезанную резиновую трубку длиной 3—4 см. Промывание производят теплыми дезинфицирующими растворами, чаще 3% раствором борной кислоты. Больной сам придерживает почкообразный тазик, плотно прижимая его к боковой поверхности шеи. Для выпрямления слухового прохода ушную раковину у взрослых оттягивают левой рукой кзади и кверху, правой же рукой резиновый конец баллона вводят в ухо больного, но не глубже чем на 1 см. Струю теплой воды отдельными порциями с умеренной силой направляют вдоль задней стенки слухового прохода. Наполняя резиновый баллон жидкостью, следует путем выжимания убедиться в том, что в нем нет воздуха; в противном случае пузырьки воздуха, смешиваясь с водой, вызывают при промывании неприятный для больного шум. После промывания голову больного наклоняют на бок, чтобы дать вытечь воде из уха. Остатки воды из глубины слухового прохода удаляют ватой, навернутой на зонд.

При твердой серной пробке последнюю перед промыванием размягчают вливанием в ухо пипеткой в течение 2—3 дней теплых щелочных капель.

Сухой способ очистки при выделениях из уха более целесообразен, чем промывание, при котором легко можно внести в ухо вторичную инфекцию. Высушивание или протирание слухового прохода ватой применяют для удаления из него гноя в тех случаях, когда гноетечение невелико или когда промывание противопоказано вследствие раздражения кожи стенок слухового прохода, как, например, при дерматитах, экземе, фурункуле. Для протирания и высушивания уха пользуются тонкими зондами с винтовой нарезкой на конце. Гладкие и пуговчатые зонды для этой цели не годятся. Наматывать вату на зонд следует туго; острый конец зонда надо хорошо прикрыть ватой, чтобы не поранить стенок слухового прохода или барабанной перепонки (рис. 127).

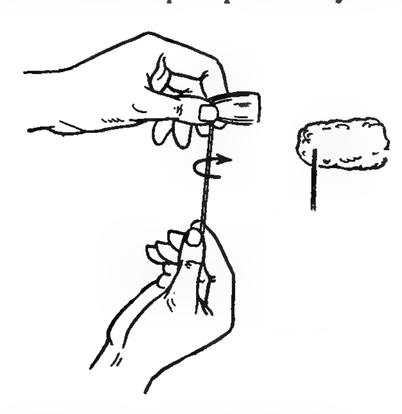


Рис. 127. Способ навертывания ваты на зонд с нарезками.
Чтобы избежать травмы, кончик зонда не должен быть обнажен.

Перед тем как приступить к очистке уха, необходимо тщательно вымыть руки с мылом; следует употреблять стерильную гигроскопическую вату. Зонд с ватой с целью стерилизации быстро проводят над пламенем спиртовки.

Вытирают ухо следующим образом. Левой рукой удерживают ушную воронку и оттягивают ушную раковину кзади и кверху, а правой осторожно вводят зонд с навернутой на конце ватой на глубину до 2,5 см, т. е. почти до самой барабанной перепонки. Легкие вращательные движения зонда способствуют лучшему впитыванию ватой выделений. Сменяя вату на зонде, вытирание повторяют до тех пор, пока вата, вынутая из уха, не будет совершенно сухой; только тогда, если нужно, вливают капли.

Сухой способ лечения гнойного воспаления среднего уха с помощью введения в слуховой проход ушных тампонов имеет целью дренировать среднее ухо и является в некоторых случаях одним из лучших способов лечения. Он может применяться также после промываний или вливания капель в ухо, но в этих случаях перед введением тампона необходимо высушивать слуховой проход. Для

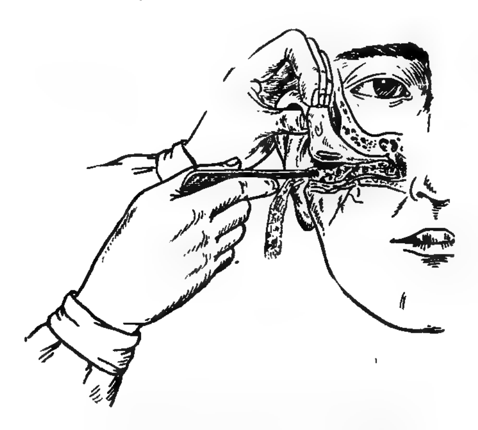


Рис. 128. Введение марлевого тампона в наружный слуховой проход.

введения ушных тампонов левой рукой оттягивают ушную раковину кзади и кверху. Захватив коленчатым пинцетом (рис. 128) конец ушного тампона, который представляет собой узкую марлевую специально сложенную полоску не более 5 см длины, осторожно продвигают его вдоль слухового прохода на глубину не более 2,5 см. Вынув пинцет, опять захватывают марлевый тампон, на 1—1,5 см отступя от его конца, и осторожно продвигают до соприкосновения с барабанной перепонкой. Слуховой проход следует выполнять ушным тампоном рыхло, чтобы он не вызывал задержки гноя в глубине. Смена ушных тампонов производится 5—6 раз в день при обильном или 1—2 раза в день при более скудном гноетечении.

Все описанные выше манипуляции должны выполняться нежно с соблюдением самой строгой асептики во избежание возможного развития осложнений, как, например, наружного отита.

Применение лекарственных веществ

Лекарственные вещества при заболеваниях уха применяют в виде капель, мазей и порошков.

Наиболее частой лечебной процедурой при заболеваниях уха является вливание в него капель. Если в слуховом проходе имеется гнойное отделяемое, то перед введением лекарства его тщательно удаляют путем повторного протирания ватой, навернутой на зонд. Все капли обяза-

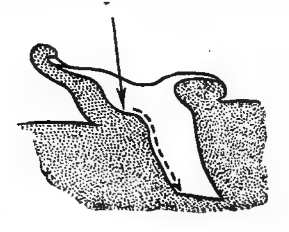


Рис. 129. Как правильно закапывать капли в ухо.

При несколько оттянутой кзади и кверху ушной раковине, как показано стрелкой, капли сначала попадают на задневерхнюю стенку слухового прохода и постепенно стекают на барабанную перепонку.

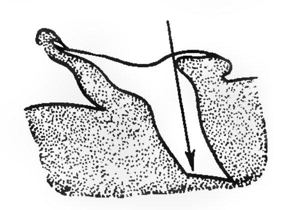


Рис. 130. Неправильное закапывание капель в ухо.

Капли попадают прямо на барабанную перепонку, что вызывает неприятное ощущение и болезненность, а иногда и головокружение.

тельно предварительно нагревают до температуры тела, чтобы не вызвать раздражения вестибулярного аппарата. При вливании капель в ухо больной должен наклонить голову в противоположную сторону. Оттянув левой рукой ушную раковину кзади и кверху, глазной пипеткой или из чайной ложечки вводят 5—10 капель, затем через 10—15 минут наклоняют голову в сторону больного уха с тем, чтобы капли из него вытекли; после этого слуховой проход высушивают, как было указано выше, и, если это назначено врачом, рыхло выполняют его стерильным марлевым тампончиком (рис. 129 и 130). Капли впускают 2 или 3 раза в день.

Смазывание мазью применяется только при заболеваниях наружного слухового прохода и ушной рако-

вины (дерматит, экзема). Чаще всего применяют белую и желтую ртутную, цинковую мазь или 1—5% синтомициновую эмульсию; стенки слухового прохода смазывают при помощи ваты, навернутой на зонд или тонкую спичку. Иногда тампон с мазью оставляют в слуховом проходе на 15—30 минут.

Вдувание порошкообразных лекарств может быть поручено среднему медицинскому персоналу, а в некоторых случаях и родственникам больного. Вдуванию порошка должна предшествовать тщательная

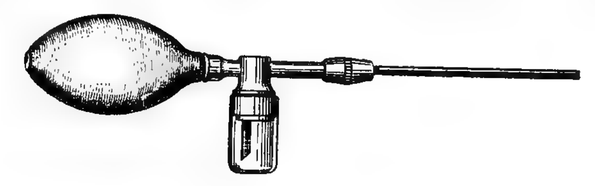


Рис. 131. Порошковдуватель.

очистка слухового прохода от имеющегося гноя сухим или влажным способом. Для вдувания в ухо широко пользуются сильно размельченным порошком борной кислоты, сульфадиазина в чистом виде или с добавлением других лекарств, например пенициллина, синтомицина. Вдувание производится различного рода порошковдувателями (инсуффляторами) (рис. 131), а при отсутствии последних — при помощи самодельной бумажной или ушной воронки, концом которой захватывают небольшое количество порошка. Затем конец воронки вставляют в ухо и каким-либо резиновым баллоном распыляют порошок в ухе. При вдувании порошков из порошковдувателей металлические наконечники необходимо стерилизовать кипячением, а каучуковые — обтиранием спиртом или 4% раствором карболовой кислоты. Вдувая порошок, необходимо обычным путем выпрямлять слуховой проход и следить за тем, чтобы порошок ложился на стенку барабанной полости тонким равномерным слоем, не образуя комков, которые могут препятствовать оттоку гноя. Наложение согревающего компресса на ухо, резинового мешка со льдом на сосцевидный отросток, наложение ушных повязок производится, как указано в общих правилах ухода за больными.

Фурункул наружного слухового прохода (otitis externa circumscripta)

Вызывается фурункул внедрением стафилококка в волосяные мешочки и сальные железы при расчесах и трещинах кожи; он располагается только в хрящевой части слухового прохода.

Симптомы. Сильная боль, часто отдающая в зубы, шею и усиливающаяся при открывании рта, особенно при жевании. Слуховой проход в хрящевой части резко сужен. Особенно болезненно надавливание на козелок и хрящевую часть слухового прохода, ближайшие лимфатические узлы увеличены и болезненны при ощупывании. Температура может быть повышена. Слух обычно сохранен. Болезнь длится 5—7 дней, но нередко фурункул рецидивирует и болезнь затягивается на недели. Особенно упорно рецидивируют фурункулы в ухе при диабете, заболевании почек или при резких обменных нарушениях в организме.

Лечение. Сухое тепло; введение в слуховой проход узкого марлевого тампончика, смоченного 10% раствором буровской жидкости или 70% спиртом. Лучи кварцевой лампы, синий свет, соллюкс. При нагноении фурункула — вскрытие.

Профилактика и уход. Для предупреждения рецидивов — смазывание стенок слухового прохода 70% борным спиртом, желтой ртутной мазью, особенно при наличии экземы кожи. Для закладывания мази в наружный слуховой проход наматывают на гладкий зонд ватный фитилек длиной 1,5—2 см, на него наносят назначенную врачом мазь; затем осторожно вводят ватный тампончик в слуховой проход; зонд удаляют, оставляя тампон на 15—20 минут. При общем фурункулезе назначают общеукрепляющее лечение (препараты железа, мышьяка, рыбий жир, витамины). Применяют пенициллин внутримышечно.

Серная пробка (cerumen)

Повышенная секреция серных желез, которые имеются в коже наружного слухового прохода, может повести к накапливанию ушной серы и образованию серной пробки.

Симптомы. Если серная пробка полностью закрывает слуховой проход, то наступает тугоухость. Обычно такое понижение слуха наступает внезапно после купания, мытья головы (вливания воды в ухо), когда пробка набухает и полностью закрывает просвет слухового прохода.

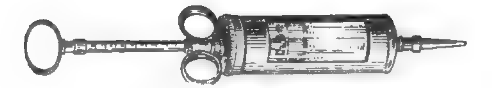


Рис. 132. Шприц для промывания уха.

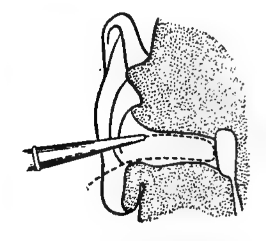


Рис. 133. Промывание уха. Правильное положение.
Правильное положение наконечника шприца при промывании уха. Струя воды направляется по задневерхней стенке слухового прохода, омывает барабанную перепонку и стенки слухового прохода.

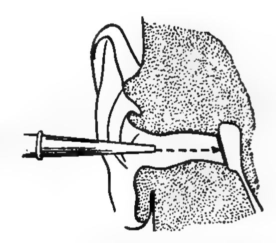


Рис. 134. Неправильное положение.
Струя воды направлена прямо на барабанную перепонку, что вызывает боль и приводит часто к травме барабанной перепонки, в то же время плохо вымывает серную пробку.

Лечение. Для того чтобы удалить серную пробку и восстановить слух, необходимо промыть ухо теплой (около 37°) водой при помощи 100-граммового шприца (рис. 132).

Процедура вымывания серной пробки может быть поручена и медицинской сестре (рис. 133, 134, 135, 136).

Плотную серную пробку не всегда удается вымыть с первого раза. В этом случае рекомендуется предварительно размягчить пробку путем вливания в слуховой проход щелочных капель в течение 2—3 дней (рецепт 1).

I. Rp. Natrii bicarbonici 0,5
Glycerini
Aq. destill. āā 5,0
MDS. По 10 капель 3 раза в день вливать в ухо в теплом виде

Больного следует предупредить, что от разбухания пробки слух может временно еще больше ухудшиться.



Рис. 135. Промывание уха. Больной сидит со слегка наклоненной головой в сторону промываемого уха. Шея и плечо прикрыты полотенцем. Лоток под ухом прижат к боковой поверхности щеки самим больным или помощником.

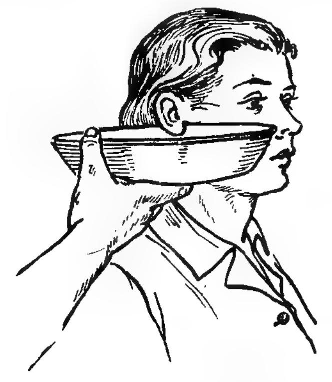


Рис. 136. Лоток приподнят чересчур высоко, прижимает слуховой проход и вода не попадает в ухо.

Если раньше наблюдалось гноетечение из уха, то от промывания его следует воздержаться и направить больного к врачу для удаления пробки с помощью инструментов.

Инородные тела уха

Инородные тела уха чаще наблюдаются у детей в возрасте 2—8 лет, которые вкладывают в наружный слуховой проход самые разнообразные мелкие предметы. Большей частью они не вызывают никаких неприятных ощущений. Лишь иногда бывает рефлекторный кашель, еще реже понижение слуха. Неумелая попытка удаления инородного тела из уха приводит к воспалению наружно-

го слухового прохода, а иногда к разрыву барабанной перепонки и воспалению среднего уха. Насекомые, попавшие в ухо, ползая по стенкам слухового прохода и барабанной перепонке, вызывают мучительные ощущения зуда, шум и треск в ухе.

Лечение. Инородные тела удаляют, промывая слуховой проход теплой водой (аналогично удалению серной пробки).

Попавших в ухо насекомых предварительно умерщвляют вливанием нескольких капель глицерина, вазелинового или камфарного масла или спирта в теплом виде. После этого промывают слуховой проход и удаляют насекомое.

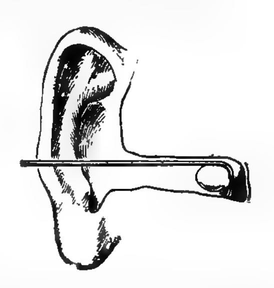


Рис. 137. Удаление инородного тела уха тупым крючком.

Если промыванием не удается извлечь инородное тело, врач удаляет его тупым или острым крючком под контролем зрения (нередко под наркозом) (рис. 137). Нельзя удалять круглые инородные тела пинцетом ввиду опасности соскальзывания их и внедрения в более глубокие отделы слухового прохода. Инородные тела, склонные к набуханию (например, горошины), перед извлечением обезвоживают вливанием в слуховой проход теплого раствора 96° спирта (по 10 капель 4—5 раз в день в течение 1—2 дней). Так как даже длительное пребывание инородного тела (бусинка, металлический шарик и т. д.) в ухе обычно не приносит вреда, спешить с его удалением в неподходящих условиях не следует.

Для удаления инородных тел из уха медицинская сестра готовит соответствующие инструменты: ушной шприц, теплый 3% раствор борной кислоты, тупой и острый крючки, коленчатый пинцет и стерильную вату.

Медицинская сестра может также удалять инородные тела из уха только путем промывания и в тех случаях, где не было раньше попыток к их удалению. Инструментальное же удаление инородных тел допустимо только квалифицированными специалистами, так как неумелое манипулирование инструментами может привести к тяжелым осложнениям.

Острое воспаление среднего уха (otitis media acuta)

Очень частым заболеванием, особенно у детей, является острое воспаление среднего уха. Возникает оно при попадании инфекции в барабанную полость через евстахиеву трубу (например, при остром рините или синусите) или гематогенным путем, т. е. распространяясь с током крови, что чаще бывает при острых инфекционных заболеваниях. Реже инфекция в среднее ухо попадает через поврежденную барабанную перепонку.

Симптомы. Острое воспаление среднего уха обычно сопровождается ухудшением общего состояния, повышением температуры, понижением слуха и появлением боли не только в ухе, но нередко и в области сосцевидного отростка и даже во всей голове. Стреляющая боль в ухе бывает столь невыносимой, что нередко требует срочной врачебной помощи, она несколько успокаивается после вливания в ухо карболглицериновых капель (рецепт 2) и назначения внутрь

2. Rp. Acidi carbolici 0,3—0,5
Glycerini puri 10,0
MDS. По 6—8 капель вливать в ухо в подогретом виде 3 раза в день на 10 минут

аспирина, амидопирина (пирамидона). При показаниях назначают снотворные и наркотические средства: веронал, промедол и др. Если под влиянием лечения в течение 2—3 дней симптомы болезни не ослабевают и температура остается высокой, прибегают к парацентезу (проколу барабанной перепонки) и назначению антибиотиков, чтобы создать отток гноя и предотвратить развитие осложнений. При всех формах острого среднего отита необходимо назначать сосудосуживающие капли в нос.

Уход медицинской сестры за больными острым воспалением среднего уха, помимо общего ухода (забота об удобном положении больного в постели, измерение температуры, своевременное и правильное кормление), сводится к выполнению специальных врачебных назначений. Ушные капли должны быть подогреты до температуры тела, для чего флакончик с каплями опускают в воду, подогретую до 37—38°. При появлении выделений

из уха карбол-глицериновые капли отменяют и переходят к сухому методу очистки уха и дренированию с помощью узких марлевых тампончиков или применяют капли из 0,5% раствора сернокислого цинка, перекиси водорода с предварительной очисткой слухового прохода, как это указано в общей части.

Хроническое гнойное воспаление среднего уха (otitis media purulenta chronica)

При недостаточном или неправильном лечении острого воспаления среднего уха оно нередко переходит в хроническую форму. Этому способствуют хронические воспалительные процессы в носовой полости (хронические синуиты) и в носоглотке (хронический аденоидит).

Симптомы. Хроническое гнойное воспаление среднего уха характеризуется стойким прободением барабанной перепонки, постоянным или периодическим гноетечением из уха и значительным понижением слуха. При преимущественном поражении слизистой оболочки среднего уха отделяемое из уха слизисто-гнойное почти без запаха. Когда в воспалительный процесс вовлекается и костная ткань, наступает разрушение кости, которое сопровождается незначительными, как правило, зловонными выделениями из уха. При этой форме отита возможны различного рода осложнения — парезы лицевого нерва, отогенный сепсис, менингит и абсцесс мозга.

Лечение. При хроническом гнойном отите обычно назначают очистку уха ватой, навернутой на зонд, с последующим вливанием капель борного или салицилового спирта или раствора фурацилина, применяют также вдувание в ухо порошка борной кислоты или сульфаниламидов (рецепты 3—7). Полезно периодическое промывание

3. Rp. Sol. Zinci sulfurici 1% 10,0
DS. По 8 капель 2—3 раза в день вливать в ухо в теплом виде

4. Rp. Acidi borici 0,8
Hydrogenii hyperoxydati
Spiritus vini rectificati āā 10,0
MDS. По 8 капель 3 раза в день вливать в ухо

5. Rp. Acidi borici 0,4
Spiritus vini rectificati 70% 10,0
MDS. По 8 капель 3 раза в день вливать в ухо

6. Rp. Furacilini
in Spiritus vini 1 : 1500 20.0
DS. По 8 капель 3 раза в день вливать в ухо

7. Rp. Acidi salicylici 0,2
Spiritus vini rectificati 20,0
MDS. По 8 капель 3 раза в день вливать в ухо на 15—20 минут

уха теплым физиологическим раствором 1—2 раза в неделю. При образовании полипов и грануляций, помимо указанного лечения, врач-специалист удаляет их или прижигает 10—30% раствором ляписа. При кариозной форме промывают надбарабанное пространство борным спиртом через специальную канюлю. При безуспешности такого лечения и неблагоприятном течении производят операцию.

Уход за больными после операции на ухе

Уход за больными в первые сутки после операции во многом зависит от применявшегося обезболивания. Если операция производилась под наркозом, необходимо самое тщательное наблюдение за больными. Сестра должна следить за дыханием, состоянием пульса и артериального давления, мочеиспусканием. Если появляются какие-либо нарушения, например дыхание становится поверхностным, учащенным, пульс плохо прощупывается, резко снижается артериальное давление, сестра должна немедленно сообщить об этом врачу.

Доставленного на носилках из операционной больного укладывают на постель без подушки, на спину, с повернутой на бок головой, оперированным ухом кверху.

Тщательное наблюдение необходимо также за больными, которым произведена операция под местной анестезией с введением нейроплегических средств. Нужно следить за тем, чтобы они не садились, так как нейроплегические средства (аминазин, дипразин, или пипольфен), в особенности аминазин, в течение длительного времени оказывают сосудорасширяющее действие, и у больного,

находящегося в вертикальном положении, может наступить обморок. Больных не нужно слишком тепло накрывать во избежание перегревания и обезвоживания. Очень большое значение имеет чистый воздух в палате.

В дальнейшем независимо от вида обезболивания и характера оперативного вмешательства необходимо следить за питанием больного, за функцией кишечника, мочеиспусканием. Это имеет особенно большое значение для больных с внутричерепными осложнениями.

Уход за больными, подвергшимися операциям на височной кости, имеет некоторые особенности в зависимости от характера оперативного вмешательства. У таких больных сестра должна особенно внимательно следить за появлением головокружения, тошноты, рвоты, нарушениями функции лицевого нерва и вовремя сигнализировать об этом врачу. Если повязка после операции на височной кости быстро и обильно пропитывается кровью, об этом также необходимо немедленно сообщить врачу, так как у такого больного возможно кровотечение из послеоперационной раны.

После радикальной операции на ухе и тимпанопластики, а также после операций на ушном лабиринте иногда возникает необходимость сменить пропитавшуюся кровью поверхностную повязку. Эта перевязка должна производиться чистыми руками и, конечно, стерильным материалом. Нестерильным может быть только бинт, закрепляющий повязку. К стерильному материалу можно прикасаться только инструментами. Для снятия старой повязки и наложения чистого перевязочного материала необходимо пользоваться разными пинцетами. Такие перевязки производятся в присутствии врача.

После радикальной операции на ухе и тимпанопластики больной должен соблюдать постельный режим до первой перевязки — в течение 7—8 дней. Инъекции антибиотиков необходимо делать в назначенные врачом часы.

Острые и хронические катары евстахиевой трубы и среднего уха

Причиной острых и хронических катаров среднего уха являются разного рода заболевания носа и носоглотки (острый и хронический насморк, аденоиды, полипы носа и т. д.). Воспаление при этом распространяется на

евстахиеву трубу, вызывает сужение ее просвета, нарушающее нормальную вентиляцию среднего уха, в результате чего барабанная перепонка втягивается. При длительном нарушении проходимости евстахиевой трубы образуются соединительнотканные тяжи и втянутая барабанная перепонка фиксируется вместе с цепью слуховых косточек. Такое состояние ведет к постепенно прогрессирующему понижению слуха, шуму в ушах и носит название хронического слипчивого, или адгезивного, катара среднего уха.



Рис. 138. Баллон Политцера для продувания ушей.

При такого рода состоянии среднего уха прежде всего обращают внимание на лечение и устранение основного заболевания в носу и носоглотке.

Дополнительным лечением, имеющим своей целью восстановить нормальную подвижность барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, является продувание ушей по способу Политцера. Продувание ушей производится резиновым баллоном емкостью 200—300 см^3 с оливой, которая при помощи резиновой трубки соединена с баллоном (рис. 138). Оливу плотно вставляют в одну ноздрю, а другую зажимают. Больной берет небольшое количество воды в рот и по команде «раз, два, три» глотает. В этот момент сжимают баллон, и воздух с характерным шумом проникает в евстахиевы трубы.

Этот способ продувания основан на том, что при глотании воды или произнесении некоторых звуков (раз, два, три, ку-ку и т. д.) небная занавеска приподнимается и полностью отделяет носоглотку от ротовой части глотки. Если в этот момент сжимается баллон и сгущается воздух в полости носа, то он устремляется в обе евстахиевы трубы.

Повреждение уха

Повреждение барабанной перепонки может наблюдаться при ковырянии в ухе шпилькой, спичкой, при неумелых попытках удаления инородных тел, при ударе в

ухо и при резких колебаниях атмосферного давления (в случае разрыва снаряда, бомбы и мины, быстрого подъема или спуска самолета, при быстром повышении и понижении атмосферного давления у работающих в кессонах).

Разрывы барабанной перепонки возможны также при переломах основания черепа.

Симптомы и течение. Разрыв барабанной перепонки сопровождается резкой болью в момент травмы, кровоизлиянием в слуховой проход, шумом в ухе, понижением слуха, иногда головокружением, тошнотой и рвотой. При осмотре барабанной перепонки определяется разрыв с резко гиперемированными краями и наличием кровоизлияния в них. Главная опасность при разрывах заключается в возможности инфицирования барабанной полости и развития гнойного воспаления среднего уха, которое в свою очередь может осложниться внутричерепным инфицированием или сепсисом.

Лечение. Всякое промывание уха, вливание капель и даже очистка слухового прохода в первые дни после травмы категорически запрещаются. Первая помощь заключается в наложении стерильной повязки на ухо, в дальнейшем необходимо наблюдение специалиста.

Повреждения среднего и внутреннего уха являются чаще всего следствием огнестрельных ранений, в большинстве случаев комбинированных с повреждением полости черепа, крупных сосудов и других органов. Первую помощь оказывают по общим правилам хирургии: асептическая повязка на ухо, остановка кровотечения. Последующее лечение и наблюдение должен вести врач-специалист.

§ 2. БОЛЕЗНИ НОСА

Анатомия

Нос является начальным отрезком верхних дыхательных путей и представляет собой систему воздухоносных полостей. В этой системе различают собственно полость носа и придаточные пазухи, сообщающиеся с ней через узкие отверстия.

Носовая полость расположена между полостью черепа, орбитами и полостью рта. Перегородкой вся

полость разделяется на две половины, которые открываются наружу расположенными несколько косо ноздрями. Сзади полость носа сообщается с верхним отделом

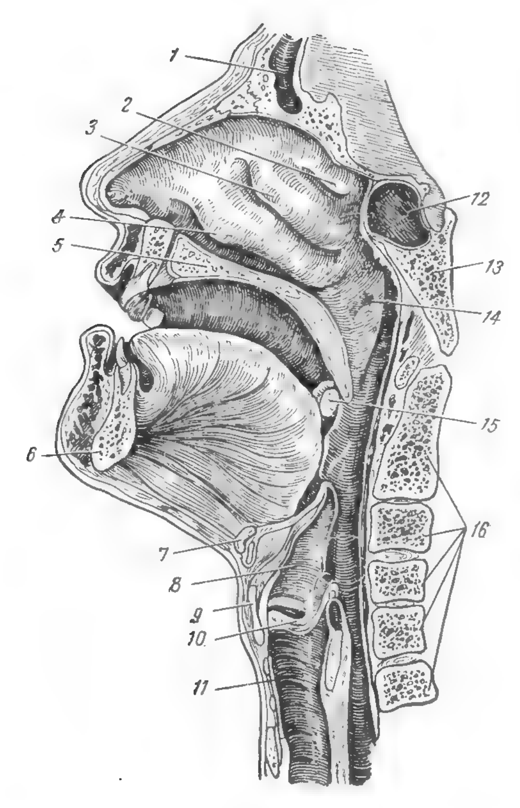


Рис. 139. Сагиттальный распил через полость носа, глотки и гортани.

1 — лобная пазуха; *2* — верхняя раковина; *3* — средняя раковина; *4* — нижняя раковина; *5* — твердое небо; *6* — нижняя челюсть; *7* — подъязычная кость; *8* — надгортанник; *9* — щитовидный хрящ; *10* — истинная голосовая связка; *11* — трахея; *12* — основная пазуха; *13* — тело клиновидной кости; *14* — глоточное отверстие евстахиевой трубы; *15* — небная миндалина; *16* — шейные позвонки.

глотки посредством двух рядом расположенных овальной формы задних носовых отверстий, называемых хоанами.

Наружная, или боковая, стенка полости носа (рис. 139) по своему анатомическому строению является наиболее сложной и наиболее важной в практическом отношении: к ней прикрепляются 3 раковины, разделяющие носовую полость на 3 носовых хода: верхний, средний и нижний. Под передним концом нижней раковины находится отверстие слезноносового канала, по которому стекают слезы. В средний носовой ход, имеющий

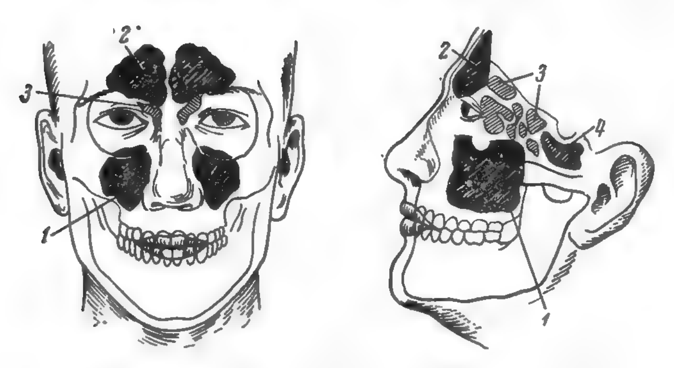


Рис. 140. Схема взаимоотношения придаточных пазух носа.
1 — верхнечелюстная (гайморова) пазуха; *2* — лобная пазуха; *3* — решетчатый лабиринт; *4* — основная пазуха.

большое практическое значение, открываются посредством небольших отверстий придаточные полости носа: гайморова, или верхнечелюстная, полость — самая большая из придаточных полостей, она заложена в теле верхней челюсти; лобная пазуха, расположенная в чешуе лобной кости, и клетки решетчатой кости (рис. 140). Задний отдел решетчатых клеток и основная пазуха сообщаются с верхним носовым ходом. Вся полость носа выстлана слизистой оболочкой, покрытой мерцательным эпителием; волоски его имеют движение по направлению кзади, к хоанам.

Физиология носового дыхания

Для нормального акта дыхания необходима достаточная проходимость носа. Вдыхаемый воздух, проходя через узкие носовые ходы и соприкасаясь на большом протяжении с влажной слизистой оболочкой, увлажня-

ется и согревается. Взвешенные в воздухе пылевые частицы частью механически задерживаются в полости носа и в дальнейшем удаляются при помощи сморкания или отхаркивания. Таким образом, воздух, проникающий в легкие, в значительной степени очищен от пыли. Произведенные исследования на людях и животных показали, что больше 50% вдыхаемой пыли задерживается в носу. При дыхании же ртом вся пыль непосредственно попадает в глотку, гортань и в более глубокие дыхательные пути, вызывая в них ряд болезненных изменений.

Таким образом, носовое дыхание имеет большие преимущества перед ротовым. Отсутствие или нарушение носового дыхания влечет за собой ряд расстройств со стороны нижележащих дыхательных путей (фарингиты, ларингиты, трахеиты, бронхиты и т. д.). Особенно неприятные последствия связаны с отсутствием носового дыхания в условиях некоторых производств.

Попавшие в нос с воздухом и не удаленные вместе с пылевыми частицами бактерии в значительной степени обезвреживаются и убиваются действием носовой слизи. Кроме того, полости носа и носоглотки служат резонаторами голоса. Колебания воздуха в этих полостях усиливают звучность голоса и придают ему индивидуальный тембр. При закладывании носа обычно изменяется голос, он теряет свою звучность и приобретает глуховатый оттенок, что носит название гнусавости.

Отсутствие или нарушение носового дыхания отражается также на функции обоняния, уменьшая его остроту. У рабочих ряда профессий, особенно у рабочих химической и пищевкусовой промышленности, это может явиться препятствием для выполнения работы.

Уже давно отмечено, что у лиц, которые не дышат носом, происходит худшая вентиляция легких.

Наблюдениями и исследованиями ученых установлено, что дыхание через рот вызывает не только ряд нарушений в физическом развитии (неправильное развитие лицевого скелета, ненормальности в расположении зубов, изменения в составе крови и т. д.), но часто является причиной умственной отсталости и пониженной успеваемости в школе.

Из вышесказанного становится ясным, что нос представляет собой как бы фильтр для вдыхаемого воздуха.

Его фильтрующие способности зависят в значительной степени от анатомического строения. Наличие постоянной влаги обеспечивается деятельностью слизистых желез, заключенных в толще слизистой оболочки. Влажность слизистой оболочки носа также обусловлена орошением ее слезой, попадающей в нос через слезноносовой канал, и пропотеванием жидкости из густой сети ве-

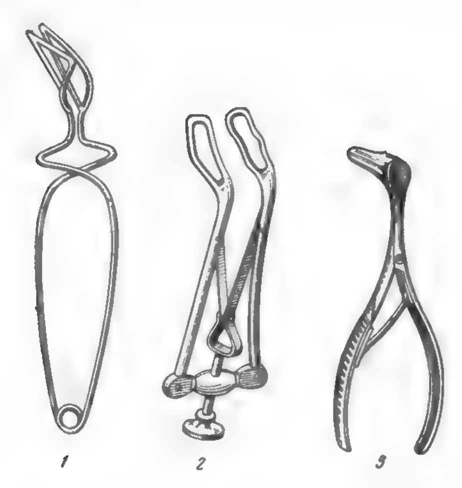


Рис. 141. Типы носовых расширителей.
1 — Штейна; 2 — Френкеля; 3 — Гартмана.

нозных сосудов, расположенной в слизистой оболочке раковин (кавернозная, или пещеристая, ткань).

При всяких заболеваниях носа фильтрующая способность его понижается.

Исследование носа. Исследование входа в нос производится при отклоненной назад голове приподниманием кончика носа большим пальцем. При осмотре обращают внимание, нет ли экземы, выступающих опухолей, трещин кожи и т. д.

Полость носа осматривают при условиях, подобных исследованию уха, т. е. при искусственном освещении с помощью лобного рефлектора и носовых зеркал-расширителей (рис. 141). Полость носа еще можно осматривать со стороны носоглотки при помощи так называемой задней риноскопии.

При операциях в полости носа дезинфицировать операционное поле так, как это делается на коже, не представляется возможным. При этом приходится ограничиваться очисткой полости носа от гноя и слизи легким вытиранием стерильной ватой, навернутой на зонд. Опыт показывает, что раны в полости носа заживают хорошо и без тщательной дезинфекции слизистой оболочки, но при непременном соблюдении общих хирургических правил, употреблении тщательно простерилизованного материала, инструментов, мытье рук и т. д. В большинстве случаев операции в полости носа не только на мягких, но и на костных частях производят под местной анестезией. Для этой цели употребляют 5—10% раствор кокаина или 1—2% раствор дикаина. Чтобы больше обескровить слизистую оболочку и одновременно замедлить всасывание кокаина или дикаина, прибавляют 1—2 капли раствора адреналина (1 : 1000) на один миллилитр раствора кокаина или дикаина. Общий наркоз при операции в полости носа применяется редко, почти исключительно при злокачественных опухолях, а также в некоторых случаях извлечения инородных тел у детей.

Смазывания слизистой оболочки носа раствором кокаина для анестезии или раствором лекарственных веществ с лечебной целью производят под контролем зрения при помощи ваты, намотанной на зонд с нарезками. Вата должна прикрывать кончик зонда, чтобы не поранить им слизистой оболочки носа. При навертывании ваты необходимо следить за тем, чтобы она не соскальзывала с зонда, так как во время смазывания она может остаться в полости носа или же попасть в глотку и трахею.

Капли, обычно комнатной температуры, вводятся в нос в лежачем или сидячем положении больного при резко запрокинутой и несколько повернутой голове в ту сторону, в которую вводят лекарство. Это необходимо для того, чтобы капли увлажнили большую поверхность боковой стенки носа и попали в носовые ходы. Попадание капель сразу в носоглотку менее эффективно. Вдувание в нос с лечебной целью или после операций различных порошкообразных веществ в весьма размель-

ченном виде производится при помощи порошковдувателей (методика стерилизации наконечников описана на стр. 293). В домашних условиях порошки могут быть втянуты в каждую ноздрю поочередно небольшими щепотками после предварительной очистки носа.

Мазь вводят в нос с помощью небольшого ватного тампончика, навернутого на спичку или гладкий зонд. На передний, более плотный, конец ватного тампончика наносят мазь и вводят в нос, по удалении зонда задним, более пушистым, концом тампончика закрывают ноздрю, чем удерживают растаявшую мазь в течение 10—15 минут.

Прижигание слизистой оболочки полости носа производится с лечебной целью при разрастаниях ее, а также для остановки носовых кровотечений. Для этой цели применяются ляпис, трихлоруксусная и хромовая кислоты. Последняя действует наиболее интенсивно. Перед прижиганием слизистую оболочку носа смазывают 3% раствором кокаина или 1% раствором дикаина с адреналином.

Инородные тела носа

Чаще встречаются у детей, которые вкладывают их себе в полость носа во время игры. Большей частью в носу находят бусы, пуговицы, горох, косточки вишен, семена подсолнечника и т. д. Длительное пребывание инородных тел иногда приводит к откладыванию вокруг них известковых солей и образованию носовых камней (ринолитов).

Симптомы. Инородные тела обычно находятся в нижнем носовом ходе (у входа в нос), и лишь при неудачной попытке их удаления они проталкиваются дальше. Инородные тела непосредственно после попадания вызывают нарушение проходимости носа, а в дальнейшем — раздражение слизистой оболочки, обильное, нередко гнойное с резким запахом, иногда примесью крови отделяемое из одной половины носа, что у детей нередко является одним из характерных признаков присутствия инородного тела.

Лечение. Спешить с удалением инородных тел из носа, если нет соответствующей обстановки, не следует. Удаляет инородное тело только врач под местной анестезией 1% раствором дикаина или 2—3% раствором

кокаина с адреналином; у очень беспокойных детей— под кратковременным наркозом. Изогнутый пуговчатый зонд или тупой крючок проводят за инородное тело (обязательно под контролем зрения), затем движением к себе осторожно извлекают инородное тело (рис. 142). Сестра помогает фиксировать голову ребенка.

Острый насморк (rhinitis acuta)

Острый насморк—одно из самых частых заболеваний верхних дыхательных путей. Он наблюдается как самостоятельное заболевание или как симптом той или иной инфекционной болезни, например гриппа, острого катара верхних дыхательных путей и т. д. В большинстве случаев причины острого насморка обусловлены инфекцией. Температурные колебания в виде так называемой простуды являются лишь предрасполагающим моментом для воздействия на слизистую оболочку микроорганизмов.

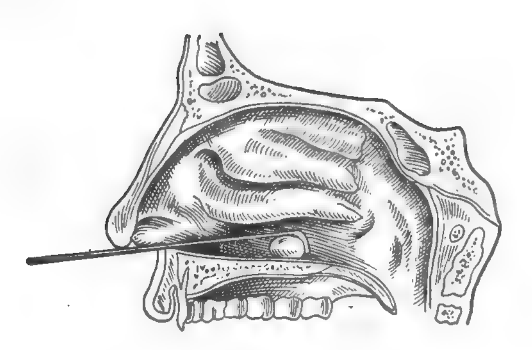


Рис. 142. Удаление инородного тела из полости носа тупым крючком.

Симптомы. Вначале появляется ощущение сухости в носу, чиханье, жжение в горле и носоглотке. Затем наступает закладывание носа, появляется обильное водянистое, а затем мутное и слизисто-гнойное отделяемое. Одновременно возникают ощущение тяжести и боли в голове, невралгические боли в области лица, гнусавость, конъюнктивит.

Серьезное значение может иметь острый насморк у грудных детей. Носовые ходы у детей в первые годы

жизни настолько узки, что даже незначительное припухание слизистой оболочки ведет к закупорке носа. Вследствие этого нарушается не только дыхание через нос, но и в сильной степени затрудняется акт сосания. Нарушается сон. Иногда воспаление со слизистой оболочки носа распространяется на трахею, бронхи и может вызвать трахеит, бронхит и воспаление легких.

Профилактика. Профилактика повторных острых насморков в первую очередь направлена на постепенное закаливание организма. Систематическая тренировка его, воздушные или дозированные солнечные ванны, водные процедуры, различные виды спорта способствуют укреплению сердечно-сосудистой системы, дыхательного аппарата. Все это помогает организму выработать нормальную реакцию на внешние раздражения.

Под влиянием правильного физического воспитания и закаливания организм приобретает надежную сопротивляемость в отношении не только «простудных», но и многих инфекционных заболеваний, в том числе и заболеваний дыхательных путей.

Лечение. Для устранения закладывания носа применяются капли из 2% борного раствора с адреналином, 2% раствора эфедрина или 0,5% ментолового масла, или 1% ментоловая мазь (рецепты).

8. Rp. Sol. Adrenalini (1 : 1000) guttae X
Sol. Acidi borici 2% 10,0
MDS. Капли в нос грудному ребенку, по 1—2 капли в обе половины носа перед кормлением грудью

9. Rp. Sol. Ephedrini hydrochlorici 2% 10,0
DS. Капли в нос, по 5 капель 2—3 раза в день

10. Rp. Ol. Mentholi 0,5% 10,0
DS. Капли в нос, по 3—5 капель 2—3 раза в день

11. Rp. Mentholi crystallisati 0,1
Ac. borici pulverati
Zinci oxydati $\overline{aa}$ 0,5
Vaselini flavi 10,0
MDS. Мазь для носа

Детям до 3 лет кокаин и ментол назначать нельзя. Возможно отравление кокаином или при затекании ментолового масла в гортань судорожный спазм последней.

Им вливают в нос по 1—2 капли (несколько раз в день) раствор адреналина (1 : 10 000) или 1% раствор эфедрина после предварительной очистки входа в нос ватным жгутиком.

Хронический насморк (rhinitis chronica)

Различают простой хронический (катаральный) и гипертрофический насморк. Хронический насморк развивается в результате незакончившихся острых воспалений, инфекционных болезней, профессиональных вредностей, наличия аденоидсв и т. д.

Симптомы. Симптомы простого хронического насморка те же, что и острого, но выражены менее резко. Затруднение носового дыхания сильнее ощущается при лежании. Выделения из носа жидкие, водянистые или слизисто-гнойные. При гипертрофическом насморке заложенность носа более постоянная, не изменяется при перемене положения головы и тела; слизь имеет более густую, вязкую консистенцию и отделяется с трудом.

Лечение. Устранение причин, поддерживающих хроническое течение насморка. Местно применяют сосудосуживающие и вяжущие средства в виде капель с адреналином, протарголом или смазывают слизистую оболочку носа 1% раствором ляписа (рецепт 12).

12. Rp. Sol. Protargoli 2% 10,0
DS. Капли в нос, по 5 капель 2—3 раза в день

Отдельные гипертрофированные участки носовых раковин прижигают хромовой, трихлоруксусной кислотой или гальванокаутером. Резко гипертрофированные части раковин удаляют хирургическим путем.

Атрофический насморк

Атрофический насморк сопровождается атрофией слизистой оболочки носа и уменьшением количества секрета. Секрет становится вязким, засыхает в корки.

Симптомы. Больные испытывают ощущение сухости и зуда в носу, затруднение дыхания, иногда головные боли, ослабление обоняния. При передней риноскопии полость носа представляется относительно широкой. Сли-

зистая оболочка суха, истончена, местами сгустки секрета, корочки. Более выраженная степень атрофии слизистой оболочки носа наблюдается при зловонном насморке (озене). Этиология этого заболевания недостаточно еще выяснена.

Атрофический процесс распространяется на костный скелет раковин, образуются густые, легко засыхающие в корки выделения с резко зловонным запахом. В результате насильственного удаления корок самими больными могут быть носовые кровотечения. Наступает понижение или полная потеря обоняния. Заболевание начинается в молодом возрасте и длится годами.

Лечение атрофического насморка заключается в назначении щелочных (и масляных) ингаляций из 1—2% раствора соды, индифферентных мазей, 0,5% ментолового масла или 0,1% раствора йод-глицерина в виде капель в нос или путем смазывания слизистой оболочки носа (рецепт 13).

13. Rp. Iodi puri 0,05
Kalii iodati 0,2
Glycerini
Aq. destill. aa 5,0
Ol. Menthae pip. guttae I
MDS. По 5 капель 2 раза в день в обе половины носа

При лечении озены, кроме вышеперечисленных средств, еще применяют тканевую терапию, аутогемотерапию, а также стрептомицин с никотиновой кислотой.

Больные озеной становятся нетерпимыми в обществе из-за тяжелого запаха, исходящего от них. Задача медицинских работников состоит в оказании помощи таким больным, в уменьшении этого зловонного запаха.

Уход при насморке

Особое внимание требуется от сестры при острых насморках у грудных детей. Образующиеся у детей корки у входа в нос рекомендуется размягчать оливковым маслом или теплым раствором соды, после чего вход в нос осторожно очищается от слизи и корок влажной ваткой или марлей. Для того чтобы дать детям возможность сосать, можно перед каждым кормлением впускать в нос по 1 капле адреналина в 2% растворе борной кислоты

в разведении 1 : 10 000 или 1% раствора эфедрина. Взрослых больных прежде всего необходимо научить правильно сморкаться, освобождать по очереди каждую половину носа в отдельности, прижимая другую в это время пальцем. Этот метод уменьшает опасность возникновения заболеваний уха вследствие попадания инфицированной слизи через евстахиеву трубу в среднее ухо. Промываний носа следует по возможности избегать, но там, где к тому имеется крайняя необходимость (озена), эту манипуляцию надо производить весьма осторожно.

Для промывания носа можно пользоваться специальными леечками. Больного заставляют наклонить голову кпереди и чуть набок, вводя в выше расположенную полость носа на небольшую глубину наконечник и пропуская медленно, не повышая давления, воду. Как во время промывания, так и некоторое время спустя больной не должен глотать и сильно сморкаться во избежание попадания промывной жидкости через евстахиеву трубу в среднее ухо. Очистку полости носа можно производить также при помощи различных распылителей (пульверизаторов). Капли в нос вливают в подогретом виде глазной пипеткой в каждую ноздрю в отдельности по 1—2—5 капель. Кончик носа приподнимается пальцем при несколько запрокинутой назад голове больного. В некоторых случаях (острые и хронические заболевания придаточных пазух носа) применяются 1—2% кокаиновые капли, но в большем количестве (до 10 капель) по 4—5 раз в день (рецепт 14). Их вводят в лежачем положении при сильно запрокинутой назад голове и чуть

14. Rp. Cocaini muriatici
Ephedrini hydrochlorici $\overline{aa}$ 0,2
Sol. Acidi borici 3% 10,0
MDS. По 5—6 капель 3—4 раза в день в каждую половину носа

повернутой в больную сторону. Такое положение обеспечивает попадание лекарства в средний носовой ход.

Смазывание носа мазями производится ватой на зонде с нарезками, вату снимают с зонда пинцетом или сухой ватой. Если в носу имеются корки, то удалять их нужно после предварительного размягчения теплым раствором соды или вазелиновым маслом.

В обязанности сестры входит приготовление инструментария для прижиганий и операций в полости носа,

Для прижигания хромовой кислотой на подогретый плоский конец зонда наносят кристаллик кислоты и слегка подогревают над спиртовкой до плавления. Нужно избегать перегревания кристаллика, когда хромовая кислота буреет и теряет свои прижигающие свойства. Для нейтрализации остатков хромовой кислоты в полости носа нужно иметь всегда наготове 2% раствор соды. Увлажненной ватой, намотанной на зонд, снимают остатки хромовой кислоты.

Для операций в полости носа (конхотомия, резекция носовой перегородки, удаление полипов) сестра должна прокипятить отобранный по указанию врача инструментарий и приготовить раствор кокаина для анестезии, отливая нужное количество по мере надобности в прокипяченный стаканчик с добавлением туда адреналина (1 каплю на 1 мл раствора); создать операционную обстановку согласно правилам общей хирургии; заготовить стерильный материал, имея длинные марлевые полоски в готовом виде для тампонады носа на случай кровотечения, в том числе и готовые тампоны для задней тампонады носа. При операции сестра подает инструменты, пользуясь указаниями врача. После операции следит за больным, чтобы он не принимал горячей пищи, так как это может вызвать кровотечение. По удалении тампона на следующий день после операции сестра очищает вход в нос кусочком ваты, смоченной в перекиси водорода.

Носовые кровотечения (epistaxix)

Причины часто встречающихся носовых кровотечений могут быть местного и общего характера. К причинам общего характера относятся изменения в сосудистой системе и в составе крови; сюда относятся малокровие, гемофилия, атеросклероз, болезни сердца, почек, печени и т. д. Многие инфекционные заболевания вследствие интоксикации и перегревания организма очень часто сопровождаются обильными кровотечениями, как, например, брюшной и возвратный тиф, скарлатина, оспа, грипп, малярия. Наконец, застойные явления в области головы, опухоли на шее, коклюш могут также вести к носовым кровотечениям.

Из местных причин носовых кровотечений необходимо указать на травмы носа, ковыряние пальцем в

носу, удаление крепко приставших корок, кровоточащие опухоли и язвы в носу. Иногда кровотечения бывают после операции в носу или носоглотке.

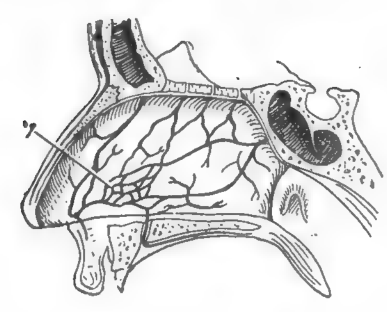


Рис. 143. Сосуды носовой перегородки.

1 — область носовой перегородки, откуда наиболее часто бывают носовые кровотечения.

Самым частым местом кровотечений является передняя часть носовой перегородки, примерно на 1 см отступя от входа в нос (рис. 143). Реже кровоточат носовые раковины и другие участки слизистой оболочки. Кровотечение начинается обычно внезапно без видимой причины. Иногда оно само собой останавливается, но в ряде случаев длится долгое время, обескровливая больного и вызывая падение пульса, общую слабость, обморок.

Лечение. Самым простым способом остановки кровотечения в обычных случаях является тампонада носа спереди куском стерильной ваты или марли, смоченной перекисью водорода (рис. 144). Этот тампон прижимается больным некоторое время к носовой перегородке путем надавливания пальцем на крыло носа. Еще лучше, в особенности при повторных кровотечениях, найти, осматривая полость носа при помощи рефлектора и носового расширителя, кровоточащие места, смазать их 3% раствором кокаина с адреналином и после прижечь хромовой кислотой или гальванокаутером.

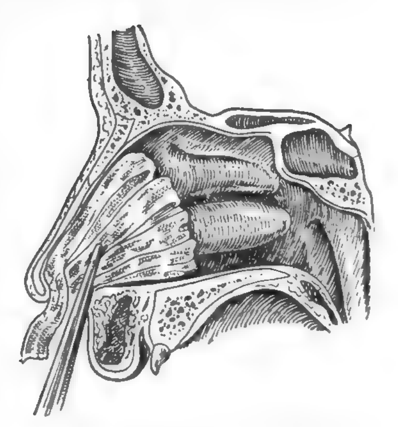


Рис. 144. Передняя тампонада носа.

В исключительных случаях, в особенности после операции в носу и носоглотке, а также при травмах носа,

этих способов для остановки кровотечений бывает недостаточно и приходится прибегать к задней тампонаде полости носа.

Для того чтобы произвести заднюю тампонаду носа, через нижний носовой ход в глотку проводят тонкий резиновый катетер; когда конец его покажется позади мягкого неба, его захватывают корнцангом и выводят через рот наружу. Заранее заготовляют тампон из марли, соответствующий по величине размерам носоглотки, и перевязывают его крест-накрест, наподобие тюка, крепкой двойной шелковой нитью, оставляя три длинных конца. К ротовому концу катетера привязывают двумя нитями тампон, после чего катетер выводят обратно через нос, обе нити выводят через ноздрю и с их помощью, помогая пальцем, через рот вводят тампон в носоглотку. Затем, удерживая за нити тампон в носоглотке, производят тампонаду полости носа, а концы нитей завязывают у ноздри над валиком из ваты. Тампон из носоглотки при задней тампонаде удаляют через сутки, так как сгустки крови в носоглотке представляют хорошую питательную почву для развития микробов и продвижения их через евстахиеву трубу в среднее ухо.

В тяжелых случаях кровотечений применяют средства, повышающие свертываемость крови. Назначают 10% раствор хлористого кальция внутрь столовыми ложками или внутривенно. Применяют витамин К, переливание крови в небольших дозах (50—100 мл), проводят лечение основного заболевания. На переносицу можно класть холодный компресс и пузырь со льдом на затылок.

Уход за больным. Сестра должна уметь оказать самостоятельную первую помощь больному с кровотечением из носа. Зная, что громадный процент кровотечений бывает из переднего отдела носовой перегородки, нужно ввести немедленно по нижнему носовому ходу тампон, смоченный перекисью водорода, и сильно прижать носовое крыло к носовой перегородке. После этого необходимо придать больному покойное, горизонтальное с несколько возвышенной головой положение и следить за тем, чтобы он не вставал с постели, не принимал горячей пищи. Пузырь со льдом завертывают в полотенце и кладут на затылок. Для того чтобы тампон не выпал, накладывают пращевидную повязку на нос. По уда-

лении тампона надо предупредить больного, чтобы он во избежание повторного кровотечения не ковырял в носу и сильно не сморкался.

Острое и хроническое воспаление придаточных пазух носа (sinuitis acuta et chronica)

Острое воспаление придаточных пазух носа часто осложняет течение гриппа, острого насморка, кори, скарлатины и других инфекционных заболеваний.

Симптомы и течение. Больные жалуются на чувство давления и напряжения в области пораженных пазух, на односторонние или двусторонние слизисто-гнойные или гнойные выделения из носа, головную боль; нередко бывает боль при давлении на область соответствующей пазухи (лобной, гайморовой). Иногда появляются невралгические боли в области лба, виска, скуловой кости, корня носа, челюстей и зубов. При острых процессах температура нередко повышена до 38—39°. При воспалениях гайморовых пазух иногда отмечается болезненная припухлость щеки, при поражении лобной—боль и припухлость области лба с отеком верхнего века, светобоязнь и слезотечение. Воспаление клеток решетчатого лабиринта чаще протекает одновременно с заболеванием гайморовой, лобной или основной пазух.

При хроническом воспалении субъективные симптомы выражены значительно слабее. Двустороннее заболевание пазух, встречающееся несколько реже, сопровождается, конечно, и двусторонней симптоматикой. Нередко больной отмечает понижение обоняния. В результате хронического воспаления придаточных пазух носа довольно часто образуются полипы. Они имеют светло-серый, иногда желтовато-красный студенистый вид и гладкую поверхность. В ряде случаев вся носовая полость бывает выполнена мелкими полипами или один громадный полип заполняет всю носовую полость и нередко выстоит из наружного отверстия носа. При хронических процессах можно наблюдать полипы в области среднего или верхнего носового хода.

Для окончательного диагноза и разграничения поражений гайморовой, лобной, основной пазух и клеток решетчатого лабиринта требуется ряд дополнительных ис-

следований, производимых врачом-специалистом: просвечивание пазух (диафаноскопия), рентгенологическое исследование их и пробный прокол с последующим промыванием пазухи.

Лечение. Больные с повышенной температурой нуждаются в стационарном лечении или по крайней мере в постельном режиме. Назначают жаропонижающие (аспирин 0,5 г, кофеин 0,1 г) по одному порошку 2—3 раза в день. Для уменьшения набухлости слизистой оболочки, особенно в области выводных отверстий придаточных пазух, и облегчения оттока содержимого из пазухи смазывают средний носовой ход 1—2% раствором кокаина с 3% раствором эфедрина или вливают туда 2—3% раствор эфедрина, кокаиновые капли с адреналином. Вливать капли в нос лучше при горизонтальном положении больного. Голова его должна быть несколько запрокинута и слегка повернута в больную сторону с тем, чтобы капли попали в средний и верхний носовые ходы.

Излечению больного острым воспалением придаточных пазух помогают освещение лампой соллюкс, облучение ультрафиолетовыми лучами, УВЧ, грелки или согревающие компрессы.

В случаях затянувшегося острого воспаления показана диатермия 12—15 сеансов в течение 10—15 минут ежедневно или через день.

В тяжелых случаях, сопровождающихся общей интоксикацией, резкой головной болью и обильным отделяемым из носа, применяют антибиотики в течение 3—5 дней.

При затянувшемся течении, с обильным выделением гноя, а также при неблагоприятных анатомических соотношениях прибегают к небольшим оперативным вмешательствам, которые производит врач-специалист: удаление полипов, частичная резекция средней носовой раковины, повторные проколы гайморовой пазухи с последующим вливанием антибиотиков. Как болеутоляющее средство при головной боли назначают аспирин, анальгин.

Больных хроническим воспалением придаточных пазух носа вначале лечат так же, как и при острых процессах. В случае неудачи прибегают к хирургическому лечению—вскрытию и дренированию пораженной пазу-

хи через нос. Операцию производит врач-специалист. В настоящее время благодаря широкому применению антибиотиков при лечении гнойных воспалений придаточных пазух носа число больных, нуждающихся в хирургическом лечении, значительно сократилось.

Подготовка больного к операции и послеоперационный период

Сестра готовит больного к операции накануне по общим хирургическим правилам, очищает кишечник, делает ванну. Заботится также о чистоте полости рта, для чего предлагает больному почистить зубы и прополоскать рот (раствором борной кислоты, перекисью водорода и т. п.); приготовляет кокаин для анестезии слизистой оболочки носа, новокаин для впрыскивания и соответствующий инструментарий для операции. После операции вскрытия гайморовой пазухи поверх повязки кладут на 6—8 часов завернутый в полотенце пузырь со льдом для уменьшения отека щеки. Через каждые 30 минут пузырь снимают на 10—15 минут. Больному назначают жидкую и теплую пищу в течение 4—5 дней. Через 5—7 дней после операции врач промывает гайморову полость. Для этого необходимы теплый физиологический раствор (стерильный), канюля с резиновой трубочкой и резиновый баллон, которые предварительно стерилизуются кипячением. Последующие промывания может производить сестра под наблюдением врача.

Злокачественные опухоли носа (рак, саркома)

С и м п т о м ы и т е ч е н и е. Обычно наблюдаются одностороннее закладывание носа, выделения с запахом и примесью крови из соответствующей половины носа, кровотечение из носа или глотки. При дальнейшем росте опухоли наступает деформация лицевого скелета, появляются невралгические боли, смещение глазного яблока. При риноскопии видна бугристая опухоль, кровоточащая при зондировании.

Окончательная диагностика устанавливается гистологическим исследованием кусочка ткани. Степень и размеры прорастания опухоли определяются рентгенографией.

Лечение. Применяется хирургическое лечение в сочетании с лучевой терапией. Медицинская сестра помогает в массовых профилактических осмотрах населения, широко проводимых в нашей стране, а также в индивидуальных осмотрах длительно и часто болеющих, так называемыми катарами верхних дыхательных путей. Очень важно знать, что образованию злокачественных опухолей обычно предшествуют те или иные хронические болезни, например хронические заболевания придаточных пазух с часто рецидивирующим полипозом носа, длительно не заживающие язвы у входа в нос и т. д. Поэтому сестра в целях профилактики опухолевых заболеваний при появлении первых подозрительных признаков должна направлять таких больных к врачу-специалисту, так как только он может определить характер новообразования.

Повреждения носа и его придаточных пазух

Различают ушибы, повреждения мягких частей, простые и сложные переломы хрящевого и костного скелета. Большей частью повреждаются носовые кости. В результате травмы происходят также искривления, вывихи, смещения или переломы носовой перегородки. В таких случаях повреждения носа иногда ведут к образованию подслизистой гематомы носовой перегородки, которая под влиянием вторичной инфекции часто нагнаивается и переходит в абсцесс.

Симптомы. Повреждения носа обычно сопровождаются носовым кровотечением, болью и непроходимостью носа вследствие смещения костных отломков, кровоизлияния и вторично наступающего отека в области повреждения. На месте перелома ощупыванием определяется смещение костей, крепитация и болезненность. В необходимых случаях характер повреждения подтверждается рентгенологическим исследованием носа.

Лечение. Прежде всего необходимо остановить кровотечение (см. *Носовое кровотечение*), затем вправить костные отломки и закрепить их в правильном положении путем передней тампонады. Образовавшуюся гематому носовой перегородки следует отсосать или вскрыть.

Не вскрытый своевременно абсцесс носовой перегородки может повести к разрушению ее и последующему западению спинки носа. Применение антибиотиков препятствует распространению инфекции и возникновению возможных осложнений.

§ 3. БОЛЕЗНИ ГЛОТКИ

Анатомия зева и глотки

Глотка представляет собой трубку, начинающуюся у основания черепа и доходящую до пищевода (см. рис. 144). Верхняя часть ее, сообщающаяся с полостью носа при посредстве хоан, называется носоглоткой. Плоскостью, являющейся продолжением твердого неба кзади,

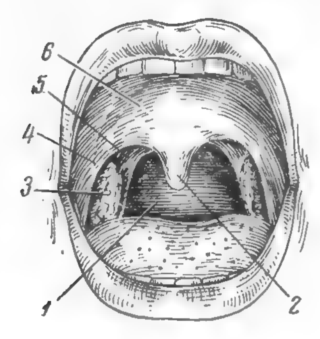


Рис. 145. Средняя часть глотки.

1 — задняя стенка глотки; 2 — маленький язычок; 3 — небная миндалина; 4 — передняя небная дужка; 5 — задняя небная дужка; 6 — мягкое небо.

носоглотка отделяется от средней части глотки, называемой еще ротоглоткой (рис. 145). Эта часть глотки открыта кпереди и посредством зева сообщается с полостью рта.

Зев ограничивается сверху мягким небом, снизу корнем языка и с боков передними и задними небными дужками.

В глотке сильно развита лимфаденоидная ткань. Между небными дужками с обеих сторон она образует значительные скопления—небные миндалины (первая и вторая), которые на свободной поверхности, обращенной к глотке, имеют многочисленные щели, или лакуны, пронизывающие всю толщу миндалины.

Кроме этих двух миндалин, на своде носоглотки имеется так называемая третья миндалина, а у корня языка — четвертая. Эти четыре миндалины и лимфатические фолликулы в толще слизистой оболочки образуют глоточное лимфатическое кольцо, известное под названием кольца Вальдейера. На боковой поверхности носоглотки открываются устья евстахиевых труб, через которые носоглотка сообщается со средним ухом. Глотка выстлана слизистой оболочкой, содержащей многочисленные слизистые железы. Под этой слизистой оболочкой находятся мышцы, которые при глотании сжимаются и проталкивают пищу в пищевод.

Методы исследования глотки

Исследование полости рта и средней части глотки можно производить как при искусственном, так и при дневном освещении.

Для осмотра источник света устанавливают по отношению к больному так же, как и при исследовании носа; аналогичным же способом пользуются и лобным рефлектором.

Исследование полости рта, которое должно предшествовать исследованию глотки, начинается с осмотра губ и преддверия рта. Шпателем оттягивают поочередно углы рта и осторожным движением отворачивают верхнюю и нижнюю губу, обращая внимание на цвет слизистой оболочки, наличие язв, ссадин или свищей, состояние десен и зубов. При осмотре полости рта обращают внимание на состояние языка, твердого и мягкого неба.

Осмотр дна полости рта производится после приподнимания шпателем кончика языка кверху. Далее осматривают небные миндалины и заднюю стенку глотки. Для этого спинку языка приходится отжимать шпателем книзу. Шпатель не следует вводить слишком далеко в рот, так как это вызывает рвотные движения. Во время исследования больной не должен высовывать язык или задерживать дыхание.

При осмотре небных миндалин обращают внимание на окраску их слизистой, величину, наличие сращений с небными дужками и на содержимое миндаликовых лакун.

Аденоиды (adenoides)

Гипертрофию третьей, или носоглоточной, миндалины называют аденоидами. Аденоидные разрастания нередко возникают в результате повторных воспалительных процессов, после перенесенных инфекционных болезней (корь, скарлатина, дифтерия, коклюш, грипп и т. д.), наблюдаются чаще в возрасте от 3 до 8—10 лет.



Рис. 146. Положение больного при операции удаления аденоидов.

Симптомы и течение. Закладывание носа и постоянный насморк. Дети спят с открытым ртом, храпят во время сна. Держат рот полуоткрытым. Нередко жалуются на головную боль и невозможность сосредоточить внимание при умственной работе (часто отстают в школьных занятиях). Аденоиды тормозят и физическое развитие детей. «Аденоидные» дети часто рассеяны, иногда страдают ночным недержанием мочи. Аденоиды в ряде случаев являются источником часто повторяющихся острых воспалений носоглотки и среднего уха вследствие хронического воспалительного состояния их (хронический аденоидит). У многих при этом заболевании наблюдается понижение слуха.

Распознавание. Аденоиды выявляются при помощи задней риноскопии или путем ощупывания носоглотки пальцем. У детей с аденоидами нередко наблюдается типичное выражение лица.

Лечение обычно хирургическое, при наличии противопоказаний к операции применяют рентгенотерапию, облучение ультрафиолетовыми лучами.

Помощь медицинской сестры при операции удаления аденоидов весьма важна. Операция в большинстве случаев производится в амбулаторных условиях. Поступившего в больничную обстановку ребенка необходимо вначале расположить к себе и успокоить. Затем измерить

температуру. Проверить правильность подбора необходимых инструментов и создать надлежащую обстановку в операционной. Во время операции сестра удерживает голову ребенка, сидящего на руках у няни, или удерживает его сама, как это показано на рис. 146. После операции укладывают больного на постель или кушетку с приподнятой головой. Наиболее частым осложнением после операции является кровотечение. Поэтому ребенок должен лежать спокойно, лучше на боку, и сплевывать (а не заглатывать) избыток слюны с кровью в лоток или в полотенце. Непосредственно после операции в течение 1—1$^1/_2$ часов ребенку не разрешается спать, так как во сне возможно появление кровотечения и кровь может незаметно заглатываться в желудок. Задача сестры в таких случаях заключается в том, чтобы вовремя обнаружить кровотечение (обильное сплевывание крови, кровавая рвота, учащенный пульс и т. д.) и об этом немедленно поставить в известность хирурга. При кровотечении медицинская сестра должна быстро приготовить все необходимое для его остановки. Для этого надо иметь у постели больного настольную лампу и лоток со стерильными инструментами (шпатель, пинцет с длинными браншами, круглый конхотом, ватные и марлевые шарики). В редких случаях приходится производить заднюю тампонаду. В первые 2—3 дня после операции ребенок должен питаться теплой или комнатной температуры нераздражающей пищей (бульон, жидкие каши, молоко, кисель и т. д.).

Ангины

Ангина—острое общее инфекционное заболевание с типичными воспалительными изменениями лимфаденоидной ткани в области зева и глотки с преимущественным поражением небных миндалин.

Ангина наблюдается у детей чаще, чем у взрослых, особенно в дошкольном и в первые годы школьного возраста.

Этиология Возбудители — различные микробы и вирусы, чаще стрептококки, реже диплококки, пневмококки, веретенообразная палочка совместно со спирохетами, стафилококки и др. Ангина может возникнуть от попадания инфекции извне. Возможно также самозара-

жение (аутоинфекция) вследствие повышения болезнетворности микробов, постоянно находящихся в лакунах и складках миндалин, чему способствуют ослабление организма и другие факторы.

По тяжести заболевания, наличию, характеру и месту расположения налетов на миндалинах ангины делятся на катаральную, лакунарную и фолликулярную (рис. 147).

Ангины нередко влекут за собой ряд местных и общих тяжелых осложнений (сепсис, заболевание суставов, сердца, почек и т. п.). В ряде случаев ангина сопровождает общие заболевания разнообразного происхождения (ангина при скарлатине, кори, дифтерии, сифилисе, ангины при заболеваниях крови и т. д.).

Ангина катаральная (angina catarrhalis). Местные признаки: в начале заболевания сухость, саднение в горле, затем боли при глотании, иногда отдающие в ухо, усиленное слюноотделение и потребность часто глотать, у маленьких детей нередко рвота.

Общие признаки: разбитость, головная боль, боли в суставах и во всем теле, познабливание или озноб. Температура повышена, у маленьких детей она может достигать более высоких цифр. Миндалины гиперемированы, несколько припухшие, покрыты слизью. Ближайшие к пораженной миндалине шейные лимфатические узлы обычно увеличены, болезненны.

Ангина лакунарная (angina lacunaris). Обычно протекает при более резко выраженных общих явлениях, чем катаральная ангина. Начинается внезапно—ознобом, повышением температуры, нередко 39—40°, общей разбитостью, головной болью, болью при глотании. Миндалины припухают. На покрасневшей и припухшей слизистой оболочке небных миндалин образуются выступающие из глубины щелей (лакун) желтовато-белого цвета налеты. Последние в виде полос могут постепенно распространяться и на возвышенные участки миндалины, но в отличие от дифтерии никогда не переходят за пределы миндалин на окружающие участки слизистой оболочки глотки. Налеты легко снимаются ваткой, навернутой на зонд; ткань миндалины при этом не кровоточит. Регионарные лимфатические шейные и подчелюстные узлы увеличены, болезненны. Продолжительность лакунарной ангины обычно 5—7 дней.



Рис. 147.

1 — ангина; справа — фолликулярная, слева — лакунарная; *2* — флегмонозная ангина справа; *3* — локализованная форма дифтерии зева; *4* — распространенная (токсическая) форма дифтерии зева.

Ангина фолликулярная (angina follicularis). Начинается также внезапно—ознобом, болью при глотании и общей слабостью, головной болью, болями в конечностях, спине; температура повышается до 39—40°. На покрасневшей поверхности обеих припухших небных миндалин возникает большое количество круглых, слегка возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой желтовато-белых образований величиной с булавочную головку (нагноившиеся фолликулы миндалин), которые придают поверхности миндалин сходство со звездным небом. Регионарные лимфатические шейные и подчелюстные узлы увеличены, болезненны. Процесс течет бурно и заканчивается обычно в течение 5—7 дней.

Ангины иногда сопровождаются осложнениями местного (околоминдаликовый нарыв, воспаление среднего уха) и общего (сепсис, ревматизм, ревмокардит, воспаление почек и т. д.) характера.

Уход и лечение при ангинах. Постельный режим, обильное питье, жидкая теплая, питательная не раздражающая пища, поливитамины. Полоскание зева слабым раствором вяжущих (шалфей, ромашка) и обеззараживающих средств: борная кислота (половина чайной ложки на стакан воды), марганцовокислый калий (1 : 2000), 3% раствор перекиси водорода (1—2 столовые ложки на стакан воды), грамицидин (2 мл на стакан воды) и др. (рецепты 15—18). Согревающий компресс на шею, лучше спиртовой (1/3 объема спирта на

15. Rp. Acidi borici 20,0
DS. По 1/2 чайной ложки на стакан теплой кипяченой воды для полоскания

16. Rp. Kalii hypermanganici 1,0
DS. По 2—3 кристаллика на стакан теплой кипяченой воды для полоскания

17. Rp. Hydrogenii hyperoxydati 3% 100,0
DS. По 1 столовой ложке на стакан теплой кипяченой воды для полоскания

18. Rp. Gramicidin 2,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Растворить 1 ампулу в стакане воды для полоскания

$^2/_3$ воды); бинтовать непременно через голову, чтобы компресс не сдвигался. Компресс в течение дня менять через 2—3 часа с 2—3-часовыми перерывами. Внутрь сульфаниламидные препараты (сульфадимезин, норсульфазол), в зависимости от возраста от 0,1 до 0,6 г на прием через каждые 4 часа (рецепт 19).

19. Rp. Sulfadimezini 0,5
D. t. d. N. 24 in tabul.
S. По 1 таблетке 4—6 раз в день

При септических и других осложнениях назначают сульфаниламидные препараты, антибиотики. Следить за состоянием сердца, желудочно-кишечного тракта. Перед выпиской на работу произвести исследование крови и мочи, при наличии в них патологических изменений больных дополнительно обследует терапевт.

Профилактика. Предупреждение ангин складывается из ряда общеоздоровительных мероприятий, направленных на укрепление организма и способствующих устойчивости к вреднодействующим факторам внешней среды.

Сюда относятся:

1) оздоровление производства—соблюдение санитарно-технических условий труда, профотбор, учет и диспансеризация часто болеющих ангинами;

2) оздоровление условий быта, личная гигиена и меры по закаливанию организма;

3) мероприятия по санации верхних дыхательных путей—лечение заболеваний, предрасполагающих к возникновению ангин (хронический тонзиллит, гнойный гайморит, аденоиды, кариозные зубы и т. д.).

Хотя инфекция при ангинах не отличается большой контагиозностью, все же в целях профилактики больных следует помещать в отдельные палаты, выделить для них особую посуду и предметы ухода. Следует избегать контакта между больными ангиной и здоровыми, особенно детьми, так как последние очень восприимчивы. Поэтому в детских учреждениях (ясли, детский сад, интернат, школа и т. п.) заболевшего ангиной надо немедленно поместить в изолятор. С целью своевременного выявления ангинозных заболеваний в яслях, детских садах введен обязательный ежедневный осмотр зева и глотки у детей. Лиц, часто болеющих ангиной, необхо-

димо направлять к оториноларингологу на консультацию для терапевтического лечения или при необходимости для хирургического удаления миндалин.

Ангина флегмонозная или перитонзиллярный абсцесс (angina phlegmonosa, peritonsillitis abscendens) возникает как осложнение при обострении хронического тонзиллита или после ангины. Инфекция проникает через стенки миндаликовых лакун в околоминдаликовую клетчатку, где развивается диффузное воспаление с последующим образованием нарыва.

Симптомы и течение. Болезнь начинается резкой, обычно односторонней болью при глотании, отдающей в ухо. Температура высокая (39—40°). Общее состояние чаще тяжелое. Соответствующая половина мягкого неба гиперемирована и отечна, язычок также отечен, часто смещен в противоположную сторону. Лимфатические узлы (шейные и подчелюстные) увеличены и болезненны. Больной с трудом и то лишь немного открывает рот, голос становится гнусавым. Прием пищи затруднен или даже невозможен. Вода и жидкая пища часто вытекают через нос.

Лечение (см. также *Лечение ангин*). Для ускорения созревания абсцесса назначают грелки на подчелюстную область, синий свет, соллюкс, согревающие компрессы на шею, паровые ингаляции, антибиотики. При сильных болях дают аспирин или амидопирин с кофеином или анальгином; при бессоннице— снотворные: люминал, нембутал. При определившейся флюктуации вскрывают абсцесс в месте наибольшего выпячивания через переднюю небную дужку скальпелем, обернутым липким пластырем так, чтобы лишь самый конец его на 0,5 см оставался свободным, во избежание ранения сосудов.

Дифтерия зева (diphtheria faucium)

Дифтерия—острое инфекционное заболевание, вызываемое палочкой Леффлера, клинически проявляется на 2—7-й день после заражения. Заболевание передается или непосредственно от больного при разбрызгивании мокроты во время кашля, чиханья, разговора, или через предметы, бывшие в употреблении больного. Передатчиком заразы может быть и выздоровевший, и здоровый

человек—бациллоноситель. Болезнь наблюдается преимущественно у детей в возрасте от 2 до 6 лет и чаще всего поражает область зева и миндалин.

Грудные дети и взрослые дифтерией зева болеют сравнительно редко.

Легкие формы дифтерии (локализованная дифтерия) могут протекать под видом лакунарных или фолликулярных ангин с той лишь разницей, что температура при этих формах дифтерии будет более умеренной, а у взрослых очень часто нормальной. Эта форма дифтерии характеризуется появлением сероватых или серовато-белых точечных налетов на умеренно припухший и гиперемированной поверхности миндалин при наличии незначительных общих явлений.

Обычно отдельные точечные налеты на миндалинах, вскоре сливаясь, образуют беловатые, серовато-белые или реже желтоватые островки, которые принимают вид плотно сидящих пленок. Эти пленки могут покрывать не только свободную поверхность миндалины, но и при так называемой распространенной форме дифтерии переходить на небные дужки и мягкое небо, нередко выступая над поверхностью слизистой оболочки.

Тяжелые формы, называемые иначе токсическими, протекают при гораздо более тяжелых общих явлениях. Температура обычно повышена до 39—40°, больной бледен, апатичен; имеется запах изо рта. Слабый, частый, аритмичный пульс указывает на токсическое поражение сердца. При геморрагической форме дифтерии появляются кровоизлияния в слизистых оболочках и на кожных покровах, а налеты пропитываются кровью.

Локализованную распространенную форму дифтерии необходимо отличать от лакунарной ангины, особенно если последняя сопровождается большими налетами. Для отличия дифтерии от ангины мы рекомендуем пользоваться схемой отличительных признаков того и другого заболевания (см. схему).

В этой схеме каждый отдельный симптом не является патогномоничным для одного какого-либо заболевания, суждение же по совокупности имеющихся признаков может облегчить постановку правильного диагноза в затруднительных случаях.

Л е ч е н и е. При выяснении диагноза и в сомнительных случаях необходимо произзести немедленное впрыс-

Схема отличительных признаков дифтерии от лакунарной ангины

Симптомы	Ангина	Дифтерия
Припухание миндалин	Менее резкое, чем при дифтерии. Заболевание двустороннее	Более резкое. Присоединяется отек дужек, язычка и мягкого неба. Может быть и односторонним
Налеты	Распространяются только по свободной поверхности миндалин	Выходят за пределы миндалин на дужки, мягкое небо и заднюю стенку глотки
Цвет налетов	Желтоватый	Белый, серовато-белый, грязно-серый
Снимаемость налетов	Налеты поверхностные, снимаются легко	Налеты глубокие (некроз слизистой), в типичных случаях снимаются с трудом; поверхность миндалины кровоточит после попыток снять их
Боль при глотании	Резкая	Не всегда резко выражена
Регионарные лимфатические узлы	Увеличены, отдельные узлы легко прощупываются, резко болезненны	Резкое припухание узлов с обеих сторон с первых дней заболевания, отечность подкожной клетчатки, сглаженность контуров шеи
Общее состояние	Не столь тяжелое, как при дифтерии	При токсической форме состояние тяжелое, все время ухудшающееся
Температура	В пределах 39—40°	От субфебрильной до 38,5°, более постоянная
Пульс	Соответствует температуре	Вначале замедленный, затем учащенный, поверхностный. аритмичный
Бактериологическое исследование	Отрицательное (на присутствие палочек Леффлера)	Положительное в большинстве случаев

кивание антидифтерийной сыворотки, не выжидая результатов бактериологического исследования.

Местное лечение у детей старшего возраста состоит в назначении полосканий из слабых дезинфицирующих растворов борной кислоты, буры или перекиси водорода.

У маленьких детей полость рта очищают при помощи распыления или спринцевания теми же растворами или 2% раствором соды.

Профилактика и уход. Больной дифтерией требует немедленной изоляции: более надежным способом изоляции, обеспечивающим наилучшее обслуживание больного, является госпитализация.

Лица, ухаживающие за больным, должны каждый раз после соприкосновения с ним мыть руки, ополаскивая дезинфицирующим раствором. Не следует садиться на постель к больному, допускать к нему посетителей, а также выносить предметы, находившиеся в употреблении, во избежание передачи заразы. Марлю, вату, которыми очищают нос и рот больного, тотчас же сжигают.

Необходимо следить за температурой и пульсом больного, так как ослабление сердечной деятельности является при дифтерии наиболее угрожающим симптомом. Больному назначают жидкую или кашицеобразную питательную пищу из молока, бульона, масла и киселей с достаточным количеством витаминов, особенно витамина С, который рекомендуется давать и в виде препаратов аскорбиновой кислоты.

Фарингит

Фарингитом называют воспаление слизистой оболочки глотки. Различают острый и хронический фарингиты.

Острый фарингит. Чаще возникает как нисходящий катар носа и носоглотки.

Симптомы. Ощущение сухости, неловкости и саднения в глотке. Слизистая оболочка красная, покрыта слизисто-гнойным секретом, иногда на задней стенке выступают отдельные красные зерна (увеличенные или воспаленные фолликулы лимфаденоидной ткани).

Лечение то же, что и при ангине.

Хронический фарингит. Развитие хронического фарингита зависит от причин местного (хронические на-

сморки, гнойные воспаления придаточных пазух носа, хронические тонзиллиты) и общего характера (болезни сердца, легких, печени, почек, обмена веществ, длительное курение, злоупотребление алкоголем, холодной, горячей, острой пищей и т. д.). Различают катаральную, гипертрофическую и атрофическую формы фарингита.

Симптомы. При атрофической форме больные жалуются на першение, царапание и сухость в глотке; при гипертрофической—на скопление в носоглотке вязкого слизистого секрета, необходимость частого откашливания и отхаркивания, особенно по утрам. При атрофическом фарингите слизистая сухая, блестящая, как бы покрыта лаком; на ней нередко обнаруживают высохшую слизь или корки. При гипертрофическом фарингите слизистая оболочка глотки красная, утолщенная и покрыта вязким слизисто-гнойным секретом.

Лечение. Устранение основных причин. Особое внимание следует обратить на ликвидацию таких вредных привычек, как курение и употребление спиртных напитков. Полоскание теплыми щелочными растворами (соды, буры и соли), смазывание глотки растворами 1—5% ляписа 1—2 раза в неделю (при гипертрофической форме) и 0,1—0,2% раствором йод-глицерина (при атрофической форме). Щелочные и масляные ингаляции.

Хронический тонзиллит (tonsillitis chronica)

Хроническое воспаление небных миндалин называется хроническим тонзиллитом. Развивается в результате повторных ангин. Процесс гнездится главным образом в лакунах миндалин. Плоский эпителий, слущиваясь и накапливаясь в лакунах вместе с бактериями, грибками и лейкоцитами, а иногда и пищевыми массами превращается в гнойный или творожистый распад с неприятным запахом; при надавливании шпателем на миндалину через переднюю небную дужку из лакун выделяется их содержимое.

Больные жалуются на неприятное чувство в глотке в области миндалин, запах изо рта, иногда колющие боли, отдающие в ухо, увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, нередко на длительную субфебрильную температуру, вялость, пониженную работоспо-

собность, головную боль; ряд жалоб обусловлен состоянием внутренних органов: боли в сердце, суставах, учащенный пульс, сердцебиение, потливость. Иногда жалобы характерны для заболевания почек и т. д. В анамнезе у большинства больных отмечаются часто повторяющиеся ангины.

Лечение. При неосложненном хроническом тонзиллите лечение чаще консервативное. Щелочные полоскания (рецепт 20).

20. Rp. Bicarmint 0,5
D. t. d. N. 20 in tabul
S. По 1—2 таблетки на 1/2 стакана воды для полоскания (бикарминт применяется как антисептическое и противовоспалительное средство для полосканий при воспалительных процессах глотки)

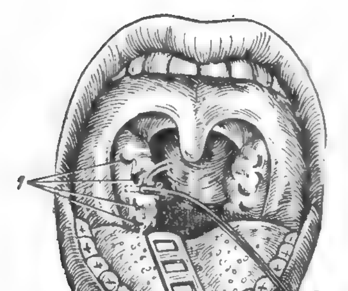


Рис. 148. Промывание лакун миндалин.
1 — лакуны; 2 — наконечник шприца, введенный в лакуну.

Удаление пробок путем промывания или выдавливания шпателем (рис. 148). Последующее смазывание лакун миндалика 2—3% настойкой йода или 1—2% раствором ляписа, 3% раствором колларгола, протаргола в сочетании с облучением миндалин ультрафиолетовыми лучами, УВЧ терапия регионарных лимфатических узлов. В случаях с частыми ангинами и осложнениями со стороны внутренних органов рекомендуется операция удаления миндалин.

§ 4. БОЛЕЗНИ ГОРТАНИ

Анатомия

Гортань представляет собой трубку, расположенную на передней поверхности шеи, от III до VI шейного позвонка. Сверху гортань подвешена при помощи широкой связки к подъязычной кости и сообщается через глотку

с полостью носа и рта, книзу переходит в дыхательную трубку—трахею. Скелет гортани образуют хрящи, основной хрящ—перстневидный, формой своей напоминающий перстень. Узкая часть его обращена кпереди, а так называемая печатка перстня—кзади. Над ним располагается щитовидный хрящ, который состоит из двух

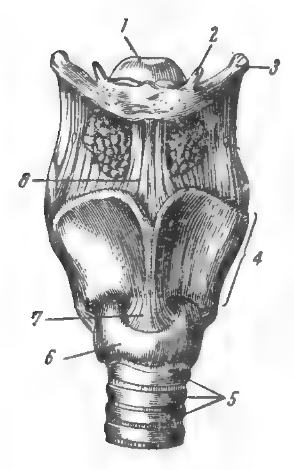


Рис. 149. Связки и хрящи гортани. Вид спереди.

1 — надгортанник; 2, 3 — малый и большой рог подъязычной кости; 4 — щитовидный хрящ; 5 — трахеальные хрящи; 6 — перстневидный хрящ; 7 — коническая связка; 8 — подъязычно-щитовидная связка.

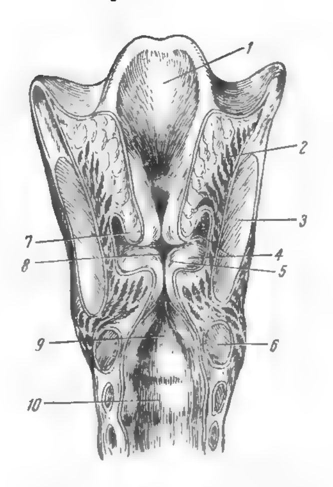


Рис. 150. Фронтальный разрез через середину гортани.

1 — надгортанник; 2 — наружная щито-черпаловидная мышца; 3 — щитовидный хрящ; 4 — морганиев желудочек; 5 — истинная голосовая связка; 6 — перстневидный хрящ; 7 — ложная связка; 8 — голосовая щель; 9 — подсвязочное пространство; 10 — трахея.

пластинок, расположенных под углом, образуя вырезку у места их соединения. Сзади на верхней поверхности перстневидного хряща располагаются два черпаловидных хряща, имеющие у своего основания два отростка, мышечный и голосовой, к последнему прикрепляется голосовая мышца. Вход в гортань закрывается особым хрящом—надгортанником, укрепленным при помощи связок у края вырезки сверху щитовидного хряща. Все хрящи гортани, помимо суставов, укреплены еще многочисленными связками как между собой, так и с окружающими частями (рис. 149). Истинные голосовые связки,

колебания которых образуют звук (голос), натянуты между внутренним краем щитовидного хряща и голосовыми отростками черпаловидных хрящей. Они покрыты плотным, плоским эпителием, вся же остальная гортань— цилиндрическим мерцательным эпителием. Над истинными связками располагаются по бокам две валикообразные складки слизистой оболочки, называемые ложны-

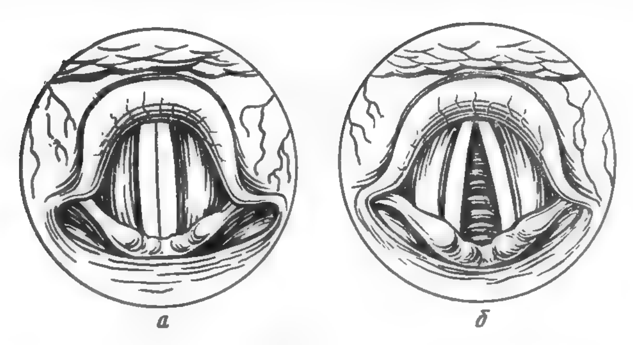


Рис. 151. Ларингоскопическая картина.
а — при фонации; *б* — при дыхании.

ми голосовыми связками, а под ними, с боков — две щели, так называемые морганиевы желудочки (рис. 150), слизистая оболочка которых имеет много желез, увлажняющих своим секретом истинные голосовые связки и пространство между ними. Расширение голосовой щели производит только одна парная мышца—задняя перстне-черпаловидная, а все остальные прямо или косвенно содействуют сужению голосовой щели, натяжению голосовых связок.

Гортань иннервируется ветвями блуждающего нерва — верхним и нижним гортанными нервами.

Гортань является не только органом дыхания, но и голосообразования. Образование звука происходит благодаря колебанию голосовых связок и напряжению во время прохождения воздуха при суженной голосовой щели (рис. 151).

Исследование гортани

Осмотр гортани производят при помощи прямой и непрямой ларингоскопии. Для непрямой ларингоскопии пользуются гортанными зеркалами, вставленными в

ручку для гортанных инструментов (рис. 152). Для осмотра гортани высунутый язык удерживают марлевой салфеткой (врач или сам больной) (рис. 153). Перед введением в полость рта зеркало нагревают на спиртовке, для того чтобы оно не запотевало. Гортанные зеркала с буквой К на обратной стороне можно кипятить.

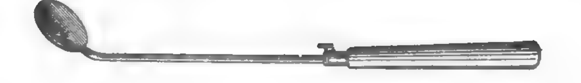


Рис. 152. Гортанное зеркало с ручкой.



Рис. 153. Непрямая ларингоскопия.

Другие же зеркала не выдерживают кипячения и для стерилизации их опускают на 10—15 минут в растворы антисептических веществ (лизол, карболовая кислота, формалин), после чего их ополаскивают кипяченой водой и вытирают марлевыми салфетками.

Гортань можно осматривать также при помощи прямой ларингоскопии. Шпателем под углом корень языка сильно отдавливают кпереди; постепенно отклоняя голову больного кзади, можно добиться такого положения, когда полость рта, глотка и гортань будут на одной пря-

мой линии. С помощью прямой ларингоскопии можно хорошо осмотреть гортань, освещая ее лобной лампочкой и отраженным светом от рефлектора. В современной практике изогнутый шпатель заменен усовершенствованными инструментами—аутоскопами различных систем.

Общие методы лечения и ухода при заболеваниях гортани

Для смазывания гортани употребляют гортанные зонды из мягкого металла (чтобы можно было придать им соответствующую кривизну) обязательно с нарезками. Вату надо наматывать так, чтобы она во время смазывания не соскочила с зонда, ибо это может повлечь за собой неприятные последствия при попадании ее в трахею и бронхи.

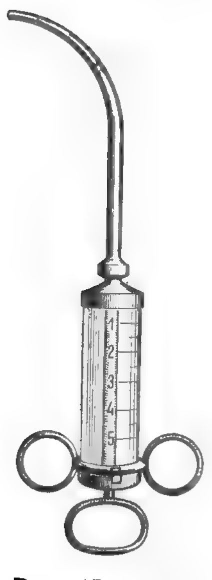


Рис. 154. Шприц гортанный.

Все манипуляции в гортани, в том числе и смазывание, производятся под контролем зрения с помощью гортанного зеркала. В некоторых случаях при смазываниях наступает спазм гортани — судорожное сокращение мышц гортани с кратковременным затруднением дыхания, поэтому перед смазыванием следует предупредить больного о возможности такого спазма и о его безопасности.

Для анестезии и вливания в гортань лекарственных веществ употребляют гортанный шприц (рис. 154) с металлическим наконечником. Последний перед каждым употреблением необходимо кипятить. В шприц набирают небольшое количество лекарств и вливают в гортань в количестве 0,5—1 мл. Сестра обязана предварительно показать врачу этикетку и флакон, из которого набирают в шприц лекарство. По сравнению со смазыванием гортани вливание является более нежной манипуляцией; оно почти никогда не вызывает ларингоспазма.

Для вдувания порошкообразных веществ в гортань применяют такие же порошковдуватели, как

и для носа, но с более длинным и изогнутым соответственно кривизне всех гортанных инструментов наконечником. В порошковдуватель набирают небольшое количество порошка, подлежащего введению в гортань. Как и

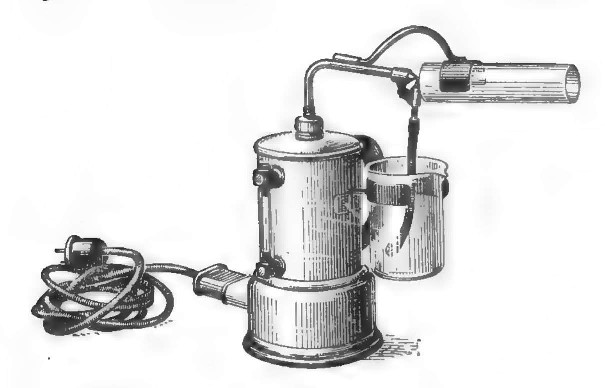


Рис. 155. Ингалятор с электрическим подогревом.

прочие манипуляции, вдувание производится под контролем зрения. Не следует употреблять больших количеств порошкообразного вещества для вдувания в гортань, так как в таких случаях может наступить ларингоспазм.



Рис. 156. Пульверизатор.

При заболеваниях гортани применяют вдыхание распыленных лекарственных веществ при помощи различных холодных и паровых пульверизаторов.

Для паровой ингаляции пользуются специальным аппаратом— ингалятором (рис. 155), состоящим из следующих частей: 1) котелок для воды, подогреваемой спиртовой горелкой или электричеством; 2) согнутая под прямым углом металлическая трубочка, соединенная соответствующим образом с котелком, и 3) вторая трубочка, одним концом опущенная в стаканчик с жидким лекарст-

вом, а другим—суженным—вплотную примыкающая к горизонтальному отрезку первой трубочки. Образующийся в котелке пар поступает в первую трубочку, увлекает раствор из стаканчика через вторую трубочку и выходит через стеклянную широкую трубку, обращенную к больному. Больной вдыхает лекарственное вещество, находящееся в теплом паре в виде мельчайших брызг.

Лекарственные растворы можно распылять в гортани, а также в носоглотке и глотке соответствующими пульверизаторами (рис. 156). Больной вводит верхний конец трубочки пульверизатора не слишком глубоко (чтобы не вызвать рвотный рефлекс) в рот, придерживая бутылку левой рукой и нажимая на резиновый шар правой. Во время каждого сеанса пульверизации делают 20—25 нажимов баллона. Для пульверизации употребляются как теплые растворы, так и растворы комнатной температуры. В некоторых случаях (для предохранения слизистой оболочки от быстрого высыхания) употребляют маслянистые растворы. Для распыления последних существуют особые типы пульверизаторов. В силу анатомических особенностей гортани все инструменты, вводимые в гортань, имеют соответствующие изгибы. Поэтому перед каждым введением необходимо проверить, правильно ли они действуют, во избежание попадания съемных частей инструментов в трахею и бронхи.

Общие симптомы заболевания гортани

Наиболее опасным симптомом при некоторых заболеваниях гортани являются расстройства дыхания, зависящие от сужения просвета голосовой щели, что бывает иногда при отеках гортани, дифтерии, туберкулезе, инородных телах, опухолях, двустороннем параличе мышц, расширяющих голосовую щель, и других заболеваниях. Затруднение дыхания может быть слабо выраженным, почти не отражающимся на состоянии больного, или тяжелым с явлениями одышки, цианоза и расстройств сердечной деятельности.

Более частыми симптомами при заболеваниях гортани являются изменения голоса, которые выражаются в большей или меньшей охриплости или полной афонии, т. е. беззвучии.

Боли в гортани могут локализоваться как внутри, так и снаружи. Отдающие в ухо боли очень часто наблюдаются при флегмонозных и язвенных процессах, перихондритах и инородных телах с острыми краями.

Гортанный кашель бывает влажный и сухой— обычно в начале острого воспаления гортани или при сухом хроническом катаре. Воспаление и припухание подсвязочного пространства и трахеи сопровождаются громким лающим кашлем.

Острый ларингит (laryngitis acuta)

Острое воспаление гортани развивается не только как самостоятельное заболевание, но и как один из симптомов острого катара верхних дыхательных путей, гриппа, кори, скарлатины.

Симптомы. При остром воспалении гортани больные жалуются на ощущение царапания, щекотания, саднения, которые вызывают кашель. В зависимости от выраженности воспалительного процесса голос становится в большей степени хриплым, иногда появляется боль при глотании, головная боль и небольшое повышение температуры.

При ларингоскопии наблюдается разлитая гиперемия слизистой оболочки гортани, набухлость, краснота голосовых связок и вязкая слизь на них или в межчерпаловидном пространстве.

Лечение. Необходим полный покой гортани, т. е. запретить больному разговаривать, тепло на шею (синий свет, соллюкс, согревающий компресс, горячие припарки), паровые ингаляции—щелочные или с добавлением ментола—несколько раз в день по 3—5 минут (рецепты 21 и 22).

21. Rp. Mentholi crystallisati 1,0
Spiritus vini rectificati 10,0
MDS. По 10—20 капель на стакан кипятку для вдыхания пара

22. Rp. Dionini 0,3
Aq. Laurocerasi 15,0
MDS. По 15—20 капель 3 раза в день

Аспирин по 0,5 г 2 раза в день, наркотики или отхаркивающие микстуры, в тяжелых случаях антибиотики.

Хронический ларингит (laryngitis chronica)

Развивается хронический ларингит в результате часто повторяющихся или незакончившихся острых воспалений гортани. Возникает чаще у алкоголиков, курильщиков или у лиц с перенапряжением голоса профессионального характера (певцы, педагоги, лекторы, работники телефонных станций и т. д.).

Симптомы. Жалобы на хрипоту, быструю утомляемость голоса, ощущение першения и царапания в горле, нередко постоянное откашливание. Течение длительное, сменяется периодами улучшения и ухудшения. При ларингоскопии слизистая оболочка гортани серо-красного цвета, местами утолщена и инъецирована, особенно по краям истинных голосовых связок и в межчерпаловидном пространстве. Иногда на голосовых связках друг против друга образуются маленькие утолщения—так называемые узелки, вызывающие стойкую хрипоту.

При атрофии слизистой оболочки гортани и трахеи образуются корки, сухость в горле, что вызывает мучительный кашель.

Профилактика и лечение. Устранить причины, поддерживающие заболевание: прекратить курение, не злоупотреблять алкоголем, не перенапрягать голоса. Периодическое вливание в гортань физиологического раствора и растительных масел, смазывание слизистой оболочки раствором ляписа или йод-глицерина, щелочные (2% раствор соды) и масляные (ментоловые) ингаляции, диатермия гортани, курортное лечение. При затрудненном дыхании необходимо внимательно следить за больным.

Опухоли гортани

Опухоли гортани могут быть доброкачественными и злокачественными. К доброкачественным относятся фибромы—гортанные полипы, папилломы, ангиомы.

Лечение их оперативное. Опухоли удаляются под местной анестезией под контролем гортанного зеркала внутригортанным путем (рис. 157).

Рак гортани. Наблюдается рак гортани сравнительно часто, преимущественно у мужчин старше 40 лет. Постепенно и без видимых причин (без предшествующих простудных и воспалительно-инфекционных заболева-

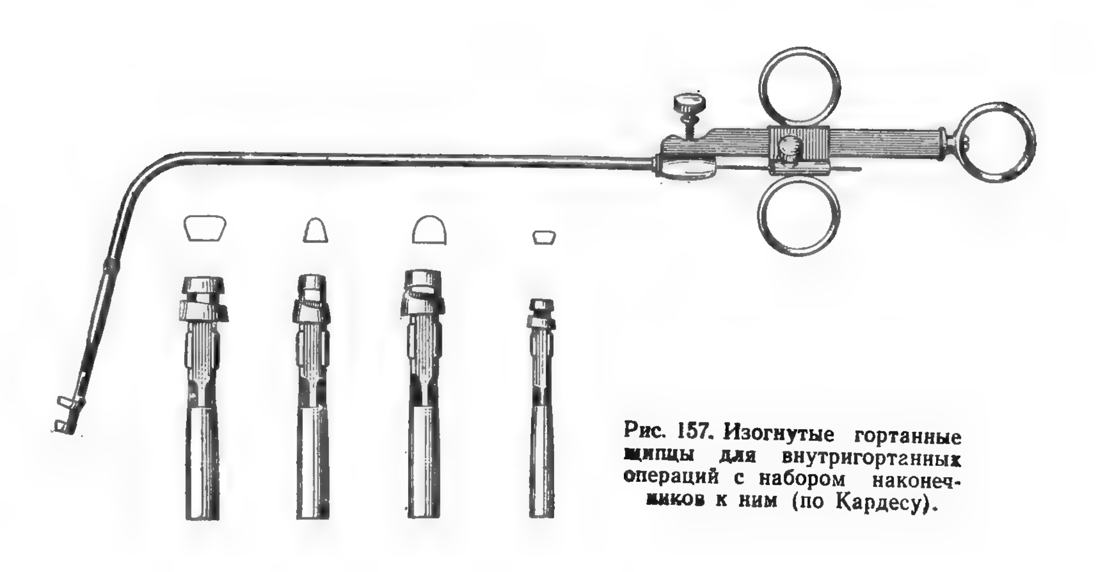


Рис. 157. Изогнутые гортанные щипцы для внутригортанных операций с набором наконечников к ним (по Кардесу).

ний) развивающаяся хрипота, особенно у пожилых людей, может послужить основанием для подозрения на рак гортани. Развитие опухолевого процесса обычно идет постепенно и медленно. Усиливается хрипота, наступает полная афония.

Распознавание рака гортани иногда представляет большие трудности, особенно в ранней стадии. Между тем чем раньше будет поставлен диагноз, тем эффективнее будет лечение. Поэтому в обязанность медицинской сестры входит при всех массовых обследованиях и при подозрениях на раковую опухоль гортани быть настойчивой в своих требованиях, пока больной не будет проконсультирован оториноларингологом.

Лечение. Характер лечения зависит от стадии опухолевого процесса; оно может быть хирургическим, лучевым (рентгено- и радиотерапия и т. д.) или комбинированным.

Пред- и послеоперационный уход. Операция удаления гортани (ларингэктомия) производится по поводу злокачественных опухолей, часто после предоперационной лучевой терапии.

В предоперационном периоде проводится общеукрепляющая терапия (неоднократные переливания крови, витамины и высококалорийная диета).

Особое внимание при подготовке больного к ларингэктомии следует обратить на центральную нервную систему, что достигается соответствующей беседой врача, внимательным отношением всего персонала к больному. За 3—4 дня до операции назначают бромистые препараты, снотворные средства, а при специальных показаниях также сердечные средства.

Накануне операции больной принимает гигиеническую ванну и с вечера начинается подготовка к анестезии, так называемая премедикация.

В послеоперационном периоде при уходе за больными особое внимание уделяется профилактике осложнений.

Через 3—4 часа после операции больной должен с помощью медицинской сестры поворачиваться в кровати, а в последующие 5—7 дней (до установления нормальной температуры) обязательно активное поведение в кровати—периодически больной переводится в полусидячее положение. Другим профилактическим мероприя-

тием против застойных бронхитов и пневмоний являются банки на область грудной клетки.

Для предупреждения воспалительных процессов необходимо регулярное протирание полости рта растворами борной кислоты, марганцовокислого калия и пр. Постельный режим, жидкая пища приводят к атонии кишечника и запорам, что требует регулярного опорожнения кишечника с помощью клизм.

В послеоперационном периоде возможны кровотечения и попадание крови в дыхательные пути, поэтому в первые дни после операции необходим строжайший контроль за повязкой. Также возможно скопление кровянисто-слизистых сгустков в трахеотомической трубке, поэтому необходима регулярная ее очистка у больных после трахеотомии.

Туберкулез гортани

Туберкулез гортани, как правило, развивается у больных туберкулезом легких. Заражение происходит при оседании туберкулезной мокроты в области гортани, в трещинах и местах слущивания эпителия при хронических катарах гортани.

Симптомы. Больные туберкулезом гортани подвержены частым повторным катарам гортани, которые возникают очень легко, без особых к тому причин, протекают более длительно, чем обычно.

Лечение. Благодаря применению антибактериальных препаратов появилась возможность клинического излечения многих форм, в том числе и таких, которые раньше считались почти неизлечимыми (язвенная форма туберкулеза гортани). В настоящее время имеется сеть противотуберкулезных диспансеров по всей стране, где все больные туберкулезом находятся под постоянным наблюдением врачей. Профилактические осмотры врачом-ларингологом гортани у всех больных туберкулезом легких позволяют принимать соответствующие меры лечения и профилактики.

Уход за больным, осуществляемый медицинской сестрой, заключается в приучении больного туберкулезом к определенным правилам санитарно-гигиенического режима. Необходимо следить за тем, чтобы больные отхаркивали мокроту в специальные плевательницы с нали-

той в них дезинфицирующей жидкостью, так как мокрота служит источником заразы для других. Поддерживать нормальную температуру воздуха в помещении, часто проветривая последнее зимой и летом. Следить за своевременным приемом пищи и назначенных лекарств. Необходимо внушить больному, что он должен избегать излишнего напряжения голосовых связок.

Инородные тела гортани, трахеи и бронхов

В гортань, трахею и бронхи при внезапном вдохе, во время крика, разговора, смеха, реже во время еды могут попасть различные инородные тела из полости рта. Это чаще наблюдается в детском возрасте.

Симптомы и течение. Главный симптом, появляющийся вслед за попаданием инородного тела в гортань или бронхи, — судорожный периодически повторяющийся кашель с приступами удушья. При застревании инородного тела между голосовыми связками, помимо удушья, обычно происходит внезапная потеря голоса или появляется охриплость. Инородное тело, застрявшее в одном из бронхов (чаще в правом), вызывает в соответствующей половине легкого ослабление дыхательного шума, притупление перкуторного звука и ограничение дыхательных движений соответствующей половины грудной клетки (ателектаз). Продолжительное пребывание инородного тела в бронхах ведет к затяжному воспалению легких, бронхоэктатической болезни, абсцессу или даже к гангрене легкого, которые, к сожалению, иногда ошибочно трактуются как самостоятельные заболевания. При наличии металлических инородных тел диагностике помогает рентгенологическое обследование легкого.

Лечение. Удаление инородных тел путем ларинготрахео- или бронхоскопии, которое производит врач. В случаях резкого нарушения дыхания производится срочная трахеотомия и последующее удаление инородного тела.

Профилактика и уход. Профилактика в основном заключается в разъяснении медицинской сестрой родителям той опасности, которую представляют для детей во время игры мелкие предметы (мелкие монеты, бусы, пуговицы, а также подсолнечные семечки, горох

фасоль, бобы и т. д.). Поэтому необходимо следить за тем, чтобы такие мелкие предметы не попадали в руки детям. Необходимо также более внимательно относиться к приготовлению пищи для ребенка (удалять из нее всякого рода кости, фруктовые косточки, зерна и т. д.). В случае подозрения на попадание инородного тела в дыхательные пути при появлении описанных выше признаков (хотя бы на некоторое время) медицинская сестра должна немедленно направить ребенка к врачу-оториноларингологу, даже при хорошем его самочувствии.

Острые и хронические сужения (стенозы) гортани

Острым сужением гортани называется быстро (иногда внезапно) нарастающее уменьшение просвета гортани.

Сужение просвета гортани может наступить от многих причин. Оно может зависеть от паралича мышц, расширяющих голосовую щель, например при тифах, после операции зоба, быть следствием травмы или инородных тел. Причиной сужения просвета гортани являются воспалительные отеки гортани при роже, флегмоне гортани, гриппе; острые стенозы могут возникнуть при острых катарах гортани с поражением подсвязочного пространства гортани в виде ложного крупа. Последний чаще наблюдается в детском возрасте у малокровных детей с различными расстройствами питания.

Ложный круп. Наступает он обычно после острого насморка, гриппа. Приступы возникают внезапно, чаще ночью, когда ребенок спит. В этот момент он просыпается с сильным лающим кашлем и тяжелой одышкой. При резко выраженном затруднении дыхания наблюдается цианоз, резкое беспокойство, иногда судороги. Приступы удушья длятся обычно от нескольких минут до получаса, редко затягиваясь до 1—2 часов, и могут повторяться по нескольку раз в течение ночи. Отсутствие афонии при ложном крупе объясняется локализацией отека в подсвязочном пространстве (рис. 158).

Быстрое нарастание удушья объясняется узостью просвета гортани и трахеи у детей.

Дифтерия гортани (истинный круп). Явления удушья развиваются медленно и одышка нарастает постепенно,

сопровождаясь афонией. Общее тяжелое состояние и ряд дополнительных данных, характеризующих интоксикацию, дают возможность отличить ложный круп от дифтерии.

Одышка, возникающая при отеке гортани, имеет характерные особенности. При стенозе гортани одышка сопровождается хрипящим дыханием, затруднен вдох в отличие от стеноза трахеи и бронхов, когда затруднен выдох. Вначале недостаточное поступление кислорода компенсируется за счет замедления и большей глубины дыхания, затем при продолжающемся стенозе гортань начинает при каждом дыхании делать большие размахи вверх и вниз; межреберные и надключичные пространства при вдохе сильно втягиваются внутрь. В дальнейшем наступают грозные признаки удушья: синюшность кожных покровов, замедленное и поверхностное дыхание, потеря сознания, и после нескольких поверхностных и учащенных дыханий, если не оказана немедленная помощь, дыхание останавливается, после чего быстро наступает смерть. В случаях хронических стенозов гортани (при раке, склероме, туберкулезе, перихондрите хрящей гортани и др.) одышка нарастает медленнее. Это объясняется постепенным приспособлением организма к пониженному потреблению кислорода.



Рис. 158. Ложный круп — отек слизистой оболочки подсвязочного пространства гортани.

Уход и первая помощь. При отеках гортани, особенно у детей, помощь всегда должна быть срочной. Необходимо ребенка немедленно посадить и увлажнить воздух в помещении, развесив мокрые простыни, сделать горячие ножные ванны или поставить горчичники на икры. Можно назначить потогонные средства. Своевременно принятые меры часто предупреждают возникновение второго приступа при ложном крупе. В очень редких случаях, если отвлекающие и успокаивающие средства не помогают, у детей, болеющих ложным крупом, приходится прибегать к интубации или трахеотомии.

Взрослым при отеках гортани также следует назначать отвлекающие средства (горячие ножные ванны, горчичники и т. д.). Для разжижения вязкой мокроты можно назначить щелочные ингаляции. Лечение при истинном крупе состоит в немедленном введении противодифтерийной сыворотки.

Лечение. При стенозе гортани прежде всего необходимо оказать больному немедленную помощь от удушья и устранить причины, вызвавшие стеноз гортани. При всех воспалительных процессах показано возможно раннее внутримышечное применение антибиотиков и препаратов коры надпочечника—кортизона и ему подобных. Немедленная помощь в серьезных случаях стеноза может выражаться только в интубации или трахеотомии, с применением которых не следует медлить, чтобы не допустить чрезмерного ослабления сердечной деятельности в результате кислородного голодания и общего ослабления организма в борьбе со стенозом.

Трахеобронхоскопия

Трахеобронхоскопия явилась дальнейшим развитием прямого метода осмотра гортани. Для осмотра трахеи и бронхов вводят металлические трубки глубже в дыхательные пути, вплоть до бронхиальных разветвлений второго и третьего порядка. Бронхоскопический набор (рис. 159) состоит из следующих частей: 1) ручка с осветительным аппаратом; 2) бронхоскопические трубки; 3) вспомогательные и хирургические инструменты—зонды с нарезками для вытирания слизи и крови, отсасывающий слизь прибор и длинные щипцы с различными наконечниками (рис. 160) для удаления инородных тел и других операций на бронхах.

Вводить бронхоскопические трубки в нижние дыхательные пути с целью освещения и осмотра их можно через естественные пути (рот, глотку, гортань) (рис. 161) —это так называемая верхняя бронхоскопия; или же эти трубки вводят через трахеотомическое отверстие при его наличии—это нижняя бронхоскопия. У детей до 5—6-летнего возраста чаще прибегают к нижней бронхоскопии, производя предварительно трахеотомию. Бронхоскопия в настоящее время широко применяется для распознавания болезней трахеи и бронхов и для лечения

ряда легочных заболеваний (абсцесса легкого, бронхоэктазий и т. д.).

Роль медицинской сестры при бронхоскопии сводится к соответствующей подготовке больного. Обычно накануне назначают препараты брома или барбитураты. Бронхоскопию лучше проводить утром натощак. За 15 минут до начала анестезии по указанию врача вводят подкожно 0,5 мл 1% раствора пантопона или 1 мл 1% раствора промедола и 0,5—1 мл 1‰ раствора атропина.

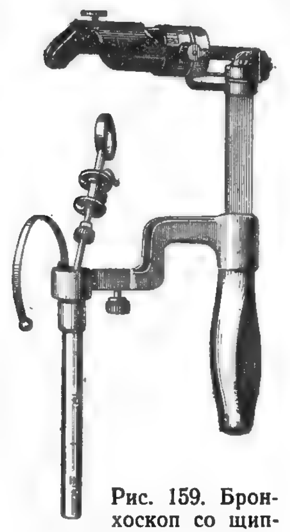


Рис. 159. Бронхоскоп со щипцами, введенными в бронхоскопическую трубку.

Сестра заранее стерилизует инструменты и готовит растворы для анестезии, ватники на длинных зондах и т. д. Во время бронхоскопии сестра выполняет другие указания врача, связанные с проведением этой манипуляции.

По окончании бронхоскопии больной отдыхает 1—2 часа в поликлинике (если бронхоскопия производилась амбулаторно).

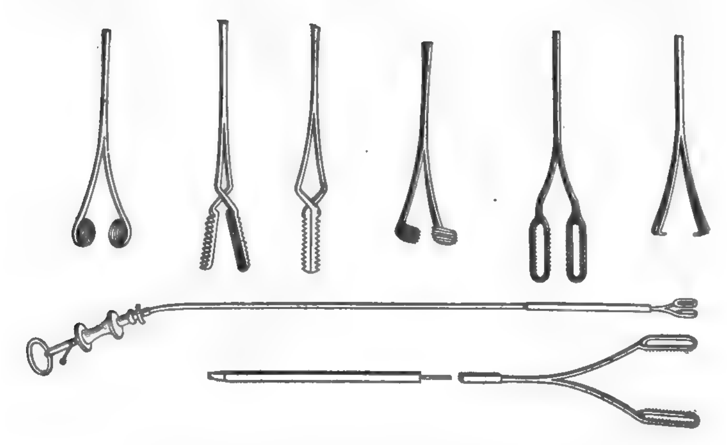


Рис. 160. Бронхоскопические щипцы с различными наконечниками для извлечения инородных тел.

Для уменьшения неприятных ощущений в глотке по окончании бронхоскопии дают теплые полоскания рта и глотки. В день бронхоскопии больной освобождается от работы.

В тех случаях острых стенозов гортани, когда консервативное лечение не дает успеха, прибегают к интубации или трахеотомии.

Интубация



Рис. 161. Бронхоскопия в сидячем положении больного.

Интубацию применяют у детей в случаях скоропроходящего стеноза, например при дифтерии, ложном крупе. Для производства интубации медицинская сестра усаживает ребенка и удерживает его так же, как во время операции аденотомии; по введенному в рот указательному пальцу левой руки вводят при помощи особого инструмента — интубатора (рис. 162) — полую металлическую трубку до входа в гортань. Если трубка попала в нее, то появляется кашель и наступает свободное дыхание через трубку с характерным свистящим шумом. Трубку оставляют в гортани. Чтобы облегчить удаление интубационной трубки, к ней заранее прикрепляют шелковую нить, свободный конец которой приклеивают к щеке липким пластырем. Неудобство интубации в том, что трубку приходится удалять через 24—36 часов во избежание пролежней в гортани, недостатком является также необходимость постоянного дежурства врача или медицинской сестры, умеющей интубировать. Опыт показывает, что при кашле, рвоте трубка легко выскакивает, а беспокойный ребенок сам может легко выдернуть ее за шелковинку. Для того чтобы ребе-

нок сам не выдернул трубку, ему на оба локтевых сустава накладывают шины и прибинтовывают. По сравнению с трахеотомией интубация имеет преимущества (быстрота наложения, меньшее число помощников и некровавый метод вмешательства).

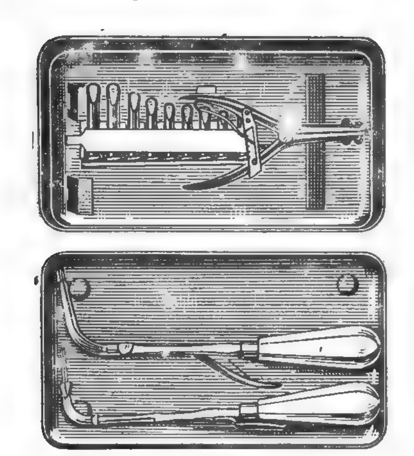


Рис. 162. Набор для интубации гортани состоит из роторасширителя, интубатора, экстубатора и набора интубационных трубок различного диаметра.

Трахеотомия

К трахеотомии прибегают в случаях резких стенозов гортани или верхнего отдела трахеи (круп, отек гортани, инородные тела, опухоли и т. д.), угрожающих жизни больного. В этих случаях всякий врач вне зависимости от его специальности должен уметь сделать трахеотомию.

Различают верхнюю и нижнюю трахеотомию в зависимости от того, вскрывается ли трахея выше или ниже перешейка щитовидной железы. Больного укладывают на операционный стол с резко запрокинутой назад головой, для чего под плечи подкладывают круглый валик (рис. 163). Строго по средней линии шеи, начиная от нижнего края щитовидного хряща, делают разрез кожи и поверхностной шейной фасции примерно на 6 см книзу. Затем тупым путем, идя строго по средней линии, обнажают переднюю поверхность перстневидного хряща, поперечно надрезают расположенную ниже капсулу перешейка щитовидной железы, перешеек отодвигают книзу, и тогда обнажаются первые кольца трахеи. После тщательной остановки кровотечения вскрывают острым скальпелем 2—3 трахеальных кольца и вставляют трахеотомическую канюлю, состоящую из двух полых, вкладывающихся одна в другую металлических трубок; после чего наступает резкое откашливание мокроты, за которым следует спокойное дыхание больного.

Трубочку укрепляют повязкой на шее, а рану выше и ниже трубки зашивают.

Операция обычно производится под местной анестезией. Первые 3—4 дня необходимо избегать удаления всей трахеотомической трубки из раны, так как ее трудно вставить обратно вследствие воспалительной отечно-

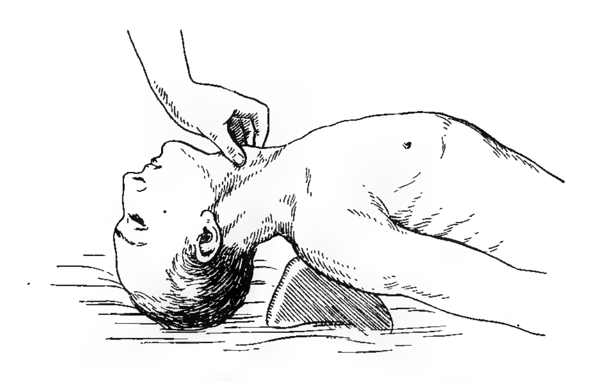


Рис. 163. Положение больного при трахеотомии.

сти раневого (трахеотомического) канала и быстрого его сужения; при попытке ввести повторно трубка может попасть между трахеей и окружающими мышцами или пищеводом.

Первая помощь при стенозах гортани и уход за трахеотомированным больным

Чтобы вовремя оказать необходимую помощь больным со значительным затруднением дыхания, каждое хирургическое и инфекционное отделение должно всегда иметь стерильный и сохраняющийся в соответствующих асептических условиях полный набор инструментов для трахеотомии. В этом наборе должны быть: тупые и острые крючки, несколько артериальных зажимов, по два пинцета хирургических и анатомических, трахеотомические трубки различных номеров, расширитель трахеотомической раны, иглодержатель с иглой и стерильным шелком, желобоватый зонд и несколько скальпелей (рис. 164).

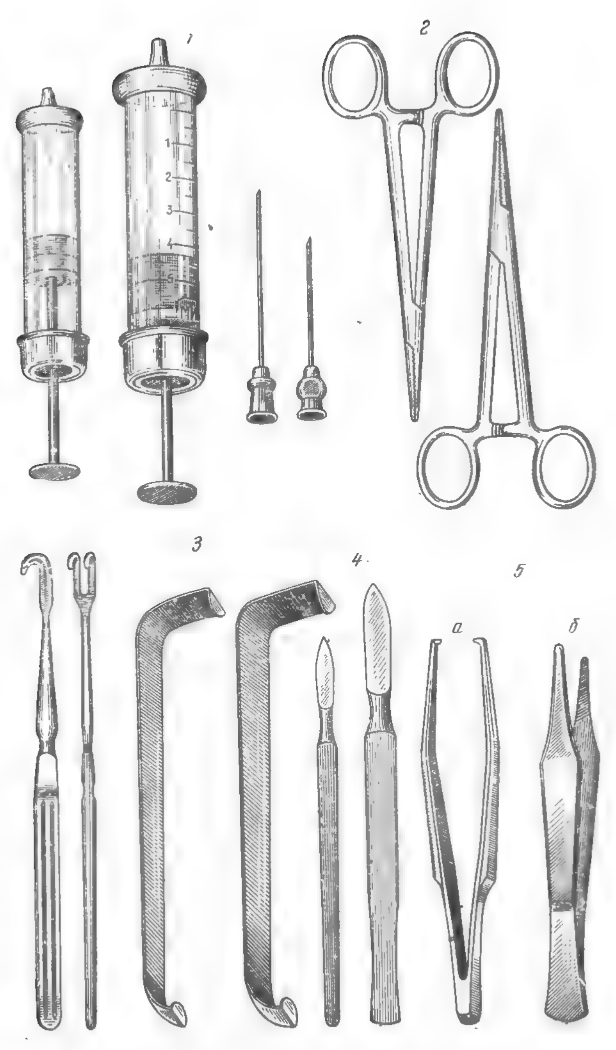


Рис. 164. Набор инструментов для трахеотомии.

1 — шприцы с иглами для анестезии; *2* — кровоостанавливающие пинцеты; *3* — крючки для расширения раны острые и тупые; *4* — скальпели; *5*— пинцеты: *а* — хирургический; *б*— анатомический;

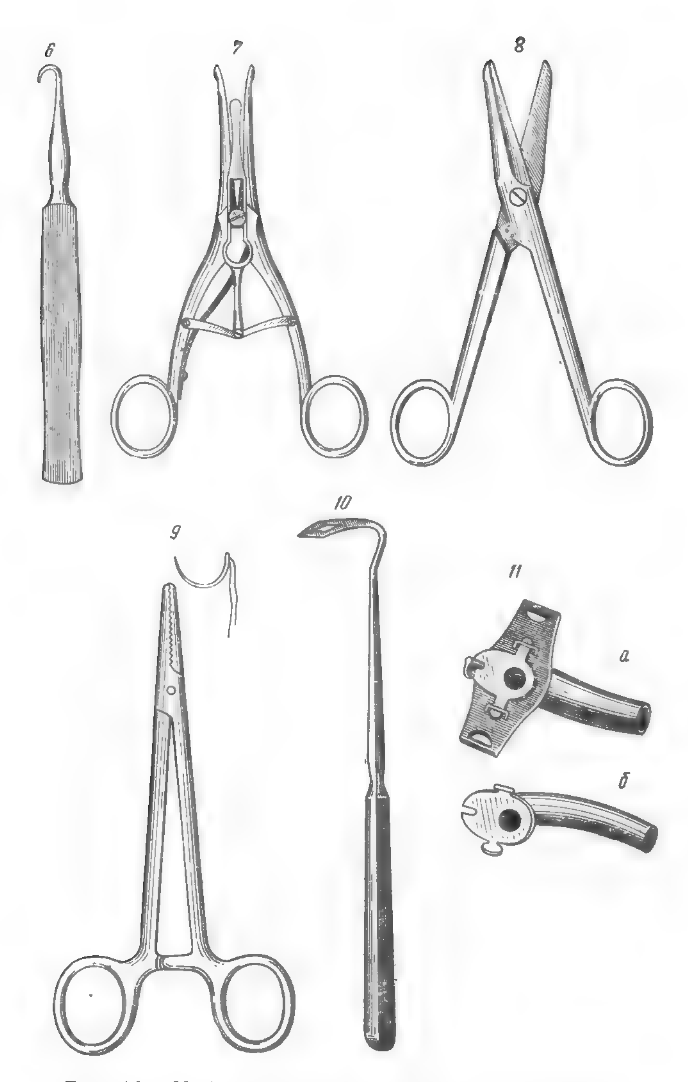


Рис. 164. Набор инструментов для трахеотомии.

6 — крючок острый для фиксации трахеи; *7* — ранорасширитель Труссо; *8* — хирургические ножницы; *9* — иглодержатель с иглой; *10* — игла для наложения лигатуры; *11* — трахеотомическая трубка: *а* — наружная; *б* — внутренняя.

К готовому набору, который должен находиться всегда в каждой операционной комнате, необходимо прикрепить соответствующую этикетку. Кроме того, в операционной надо иметь 0,5% раствор новокаина и стерильный шприц с иглами для местной анестезии, если время позволяет это сделать. Перед применением трахеотомической трубки необходимо убедиться, прочно ли она прикреплена к щитку, на месте ли внутренняя трубка и легко ли она вынимается.

В последующем, особенно в первые дни после трахеотомии, необходим весьма тщательный уход за больным.

Надо следить за тем, чтобы трахеотомическая трубка не забивалась засохшей слизью или дифтеритическими пленками. С этой целью рекомендуется каждые 2—3 часа вливать в трубку по 2—3 капли стерильного жидкого растительного масла. Наружную трахеотомическую трубку может извлекать только врач. В первые дни после операции внутреннюю трубку 2—3 раза в день вынимают, очищают ватой, навернутой на гибкий зонд с нарезками, и кипятят. После кипячения трубку высушивают, смазывают вазелиновым маслом и вкладывают в наружную трубку. При вязком секрете трахеи первое время приходится чистить внутреннюю трубку по нескольку раз в день. Чтобы уменьшить высыхание трахей, рекомендуется поддерживать влажность воздуха в палате путем развешивания влажных простыней или подвешивания над канюлей влажного марлевого фартучка.

Необходимо также следить за тем, чтобы откашливаемая больным мокрота не мацерировала и не раздражала кожу шеи под трахеотомической трубкой. Для этого кожу вокруг трубки смазывают вазелином или пастой Лассара. Не вынимая трубки, под нее подводят марлевую повязку, а поверх кладут клеенчатый фартук, который завязывают на шее. По мере загрязнения повязку меняют.

При беспокойном поведении больного и наличии сильного кашля в случае слабой фиксации канюли она может выпасть из трахеи. Если это произошло в первые дни до образования плотных грануляций в раневом канале, то канюлю можно вставить лишь с помощью трахеотомического расширителя, распустив швы и раздвинув края раны крючками.

Трахеотомическую канюлю можно удалять лишь после восстановления просвета гортани, что определяется путем ларингоскопии и функциональных проб. Последние заключаются в том, что трахеотомическую трубку закрывают пробкой; если у больного дыхание через естественные пути остается удовлетворительным, можно попытаться удалить трубку и наложить повязку. При этом стерильная трахеотомическая трубка и ранорасширитель должны находиться у кровати больного с тем, чтобы в случае необходимости в любой момент можно было повторно расширить рану и ввести трубку.

ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

ВВЕДЕНИЕ

Офтальмология — раздел медицины, посвященный глазным заболеваниям. Он включает также изучение анатомии и физиологии органа зрения — зрительного анализатора, его оптических свойств и функций.

Огромная роль зрения в жизни человека определяется необходимостью пользоваться им в труде и в быту, для чтения и письма, в общении с людьми и т. д. Поэтому болезни органа зрения, сопровождающиеся ослаблением его функций или даже слепотой, приводят человека к частичной или полной инвалидности.

Орган зрения является составной частью организма и поэтому может вовлекаться в патологический процесс при многих заболеваниях: нервных, сердечно-сосудистых, эндокринных, инфекционных и др. В возникновении и распространении болезней глаз большое значение имеют плохие бытовые, социальные и санитарно-гигиенические условия, низкая общая и санитарная культура населения, неполноценное питание, профессиональные вредности.

Профилактическое направление советской медицины, активное выявление и лечение больных привели к ликвидации многих инфекционных заболеваний и к уменьшению заболеваемости глаз и слепоты. Слепота от трахомы, стоявшая в прошлом на первом месте среди причин потери зрения, теперь встречается только у стариков, перенесших это заболевание в детстве и не лечившихся.

Если учесть большое значение многих общих и особенно инфекционных заболеваний в возникновении болезней глаз с исходом в слепоту, станет очевидным, что

вся лечебная и профилактическая работа, проводимая медицинской сетью, предупреждает поражение глаз. Наряду с этим чрезвычайно важно выявление и лечение больных с поражением глаз. Поэтому средние медицинские работники должны иметь представление о болезнях глаз, методах их профилактики и лечения. Особенно важно для профилактики заболевания глаз и предупреждения слепоты правильно оказывать первую помощь больному, своевременно направлять его к специалисту, проводить по его указанию диспансерное наблюдение и санитарно-просветительную работу среди населения.

В настоящее время перед всеми медицинскими работниками стоят основные задачи — полная ликвидация трахомы, борьба с глаукомой, профилактика и лечение повреждений глаз.

В этой работе большое и почетное место отводится среднему медицинскому персоналу, участие которого во многом поможет сохранению людям зрения.

§ 1. КРАТКИЙ ОЧЕРК АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Орган зрения состоит из трех отделов (рис. 165): 1) глазного яблока; 2) его придатков или защитного аппарата (орбита, веки, слизистая оболочка, слезные органы); 3) нервных путей, связывающих глаз с головным мозгом — его подкорковыми и корковыми центрами.

Развитие из промежуточного мозга зрительных нервных элементов дает основание считать орган зрения частью мозга, выдвинутого на периферию.

Орбита, или глазница (рис. 166). Орбита имеет форму пирамиды с вершиной, обращенной к полости черепа, и с основанием на лице; она образована 7 костями черепа: лобной, скуловой, верхнечелюстной, большим и малым крыльями основной кости, отростками небной, носовой и решетчатой костей. Они образуют 4 стенки, граничащие с придаточными пазухами носа: верхнюю, нижнюю, внутреннюю и наружную. У вершины орбиты, в малом крыле основной кости, проходит канал зрительного нерва, через который нерв выходит в полость черепа, а глазничная артерия входит в орбиту. Через другое отверстие — верхнюю глазничную щель — в орбиту входят глазодвигательный, блоковой и отводящий нервы к иннервируемым ими мышцам глаза, и глазничная ветвь тройничного нерва, а выходит в череп глазничная вена, отводящая кровь из глаза и его придатков. В верхненаружном углу орбиты расположено углубление для слезной железы, а на внутренней стенке глазницы — ниша

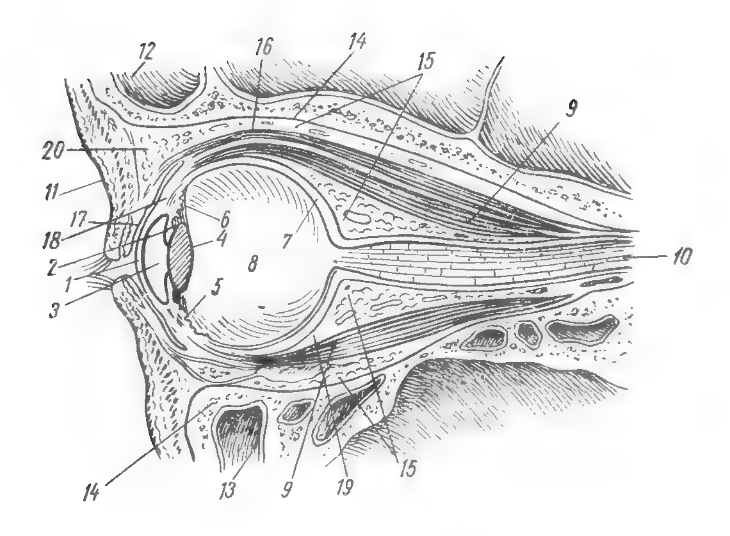


Рис. 165. Вертикальный разрез через глазницу и ее содержимое.

1 — роговица; *2* — радужная оболочка; *3* — передняя камера; *4* — хрусталик; *5*, *6* — цилиарное тело; *7* — склера; *8* — стекловидное тело; *9* — мышцы; *10* — зрительный нерв; *11* — веки; *12*, *13* — придаточные пазухи; *14* — кости орбиты и орбитальная фасция; *15* — жировая клетчатка; *16* — мышца, поднимающая верхнее веко; *17* — слизистая оболочка века; *18* — слизистая оболочка глаза; *19* — тенонова фасция; *20* — тарзоорбитальная фасция.

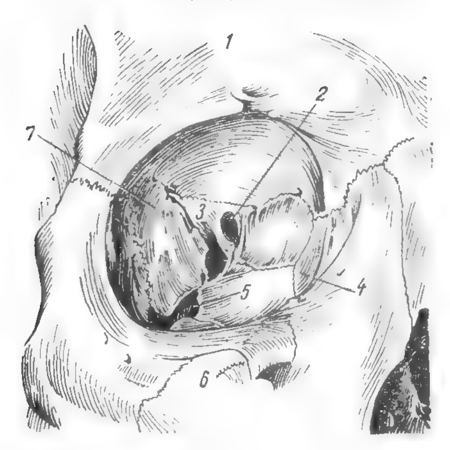


Рис 166. Костные стенки глазницы (вид спереди).

1 — лобная кость; *2* — канал зрительного нерва; *3* — верхняя глазничная щель; *4* — ямка слезного мешка; *5* — нижняя глазничная щель; *6* — верхняя челюсть; *7* — место для слезной железы.

для слезного мешка, переходящая в слезноносовой канал. В нижненаружном углу глазницы, между большим крылом основной кости и телом верхней челюсти находится нижнеглазничная щель, через которую осуществляется венозный анастомоз нижней глазничной вены с венозными сплетениями лица. Глазное яблоко занимает

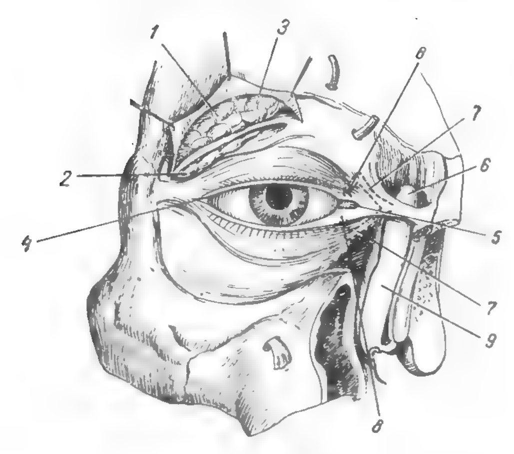


Рис. 167. Слезный аппарат.

1 — слезная железа; *2* — часть слезной железы, располагающаяся в веке; *3* — орбитальная часть слезной железы; *4* — наружная спайка век; *5* — внутренняя спайка век; *6* — слезный мешок; *7* — слезный каналец; *8* — слезные точки; *9* — слезноносовой канал.

только переднюю треть орбиты, остальное пространство выполнено жировой клетчаткой, мышцами, сосудами и нервами.

Веки. Это кожно-мышечные складки, соединенные у углов глаза наружными и внутренними спайками. Под тонкой кожей находится круговая мышца, за ней у ресничного края хрящ; противоположные края хрящей соединены с краями орбиты тарзоорбитальной фасцией. В верхнем веке имеется также мышца, поднимающая его. На краю век растут ресницы, в волосяные мешочки которых открываются выводные протоки желез век. Позади ресниц находятся выводные протоки желез хряща, называемые мейбомиевыми. Веки защищают глаз от яркого света, пыли, повреждений, находящиеся в них

железы вместе с слезной железой (см. ниже) способствуют его увлажнению.

Внутренняя сторона века выстлана слизистой оболочкой — конъюнктивой, которая покрывает и склеру глаза. В месте перехода со склеры на веко конъюнктива образует переходную складку или свод.

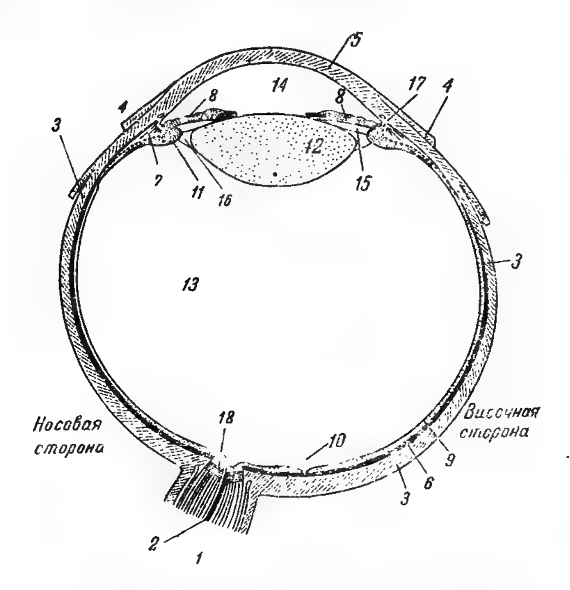


Рис. 168. Горизонтальный разрез глаза.

1 — зрительный нерв; *2* — кровеносные сосуды в зрительном нерве; *3* — склера; *4* — конъюнктива склеры; *5* — роговая оболочка; *6*—сосудистая оболочка; *7*—ресничное тело; *8* — радужная оболочка; *9* — сетчатка; *10* — центральная ямка сетчатки; *11* — зубчатый край ресничного тела; *12* — хрусталик; *13* — стекловидное тело; *14* — передняя камера; *15* —задняя камера; *16* — циннова связка; *17* — лимб; *18* — решетчатая пластинка.

Слизистая оболочка имеет чувствительные нервы и много сосудов. Клетки эпителия вместе с железами, находящимися в конъюнктиве, выделяют слизь; которая увлажняет глаз.

Слезный аппарат (рис. 167). Слезный аппарат состоит из слезной железы и слезоотводящих путей. Слезная железа находится в костном углублении верхненаружной стенки орбиты. Выводные протоки железы открываются в верхний свод конъюнктивы. Слезы увлаж-

няют поверхность глаза, смывают пыль и инородные тела, губительно действуют на микробов.

Слезоотводящие пути начинаются от расположенных на краю обоих век вблизи внутренней связки слезных точек — начала слезных канальцев. По ним слезы отводятся в слезный мешок, который находится в костной слезной ямке на внутренней стенке носа. Из мешка, через слезноносовой канал, слезы изливаются под нижнюю носовую раковину.

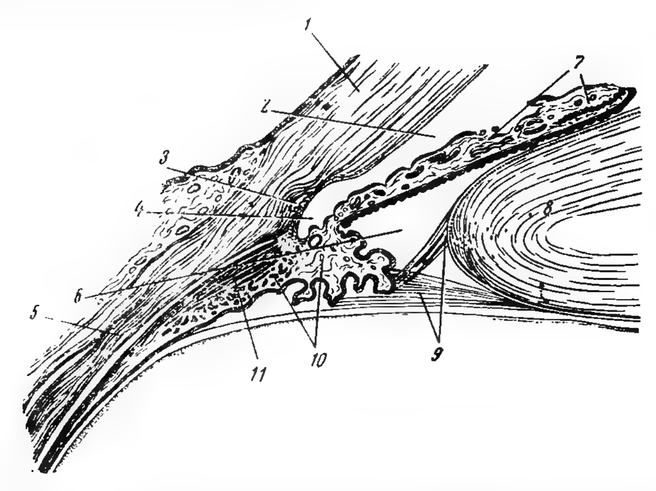


Рис. 169. Ресничное тело в разрезе.

1 — роговица; *2* — передняя камера; *3* — шлеммов канал; *4* — угол передней камеры; *5* — склера; *6* — задняя камера; *7* — радужная оболочка; *8* — хрусталик; *9* — циннова связка; *10, 11*—ресничное тело.

Глазное яблоко. Это почти правильной формы шар, с более выпуклой передней частью. Глазное яблоко имеет три оболочки и содержимое (рис. 168). Наружная оболочка (капсула) состоит из плотной, белого цвета, непрозрачной части — склеры и прозрачной более выпуклой — роговицы. Место перехода роговицы в склеру называется лимбом. В полости глаза это угол передней камеры с венозным синусом — шлеммовым каналом (рис. 169), через который оттекают из глаза внутриглазные жидкости. В заднем полюсе склера образует решетчатую пластинку, через отверстия которой выходят нервные волокна, составляющие зрительный

нерв. Через склеру в глазное яблоко входят артерии и выходят из него вены.

Роговая оболочка — прозрачная, зеркальная, блестящая, очень чувствительная; она пропускает лучи света в глазное яблоко, преломляет их, а часть отражает.

Сосудистый тракт лежит внутри от склеры и состоит из радужной оболочки (радужки), цилиарного, или ресничного, тела и собственно сосудистой оболочки, или хориоидеи (см. рис. 4 и 5).

Радужная оболочка видна через роговицу. Она отделяет переднюю камеру (пространство между роговицей и радужкой) от задней камеры (пространстко между радужкой и хрусталиком). В ее центре имеется в норме черного цвета отверстие — зрачок, который суживается и расширяется специальными мышцами. Этими изменениями ширины зрачка регулируется приток света в глаз. Через зрачок жидкость — камерная влага— переходит из задней камеры в переднюю. Цвет глаз определяется цветом радужки. Кзади она переходит в ресничное тело, имеющее форму кольца, а на продольном разрезе — вид треугольника. Ресничное тело вырабатывает внутриглазную жидкость; в нем есть мышца (ресничная), соединенная с капсулой хрусталика; вместе с ним она осуществляет акт аккомодации (стр. 379). Собственно сосудистая оболочка, в которую переходит цилиарное тело, содержит много сосудов и пигмента. Сосудистый тракт принимает участие в питании глаза, регуляции внутриглазного давления и зрительном акте.

Сетчатая оболочка (сетчатка) — самая внутренняя оболочка глаза, выстилает собственно сосудистую. Эта тонкая прозрачная пленка состоит из 10 слоев, образующихся из трех нейронов и их соединений друг с другом (рис. 170). Зрительными элементами сетчатки является слой палочек и колбочек (1 нейрон), где благодаря сложному фотохимическому процессу происходит восприятие света. Два других нейрона (слой биполярных и ганглиозных клеток) передают световое раздражение зрительному нерву. Колбочки воспринимают яркий свет, цвет и форму предметов, палочки — только слабый свет и движение предметов. У заднего полюса сетчатки глазного яблока находится желтое пятно с углублением в центре (центральная ямка), в котором со-

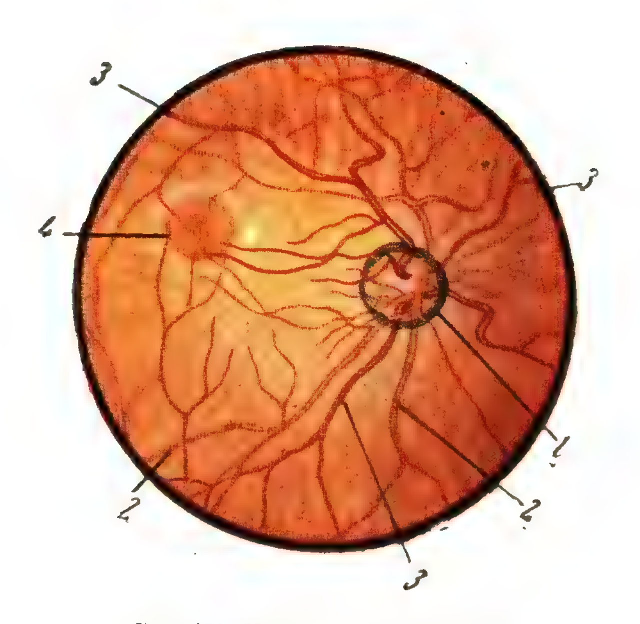


Рис. 171. Нормальное глазное дно.

1 — сосок зрительного нерва; *2* — артерия; *3* — вена; *4* — область желтого пятна.

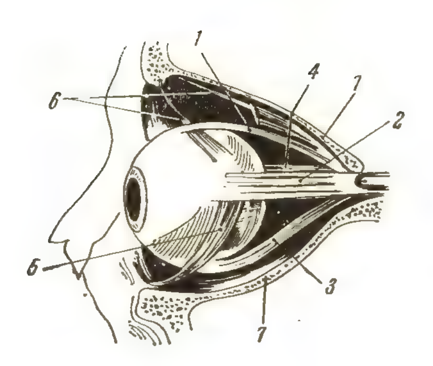


Рис. 172. Глазные мышцы.

1 — верхняя прямая; *2* — наружная прямая; *3* — нижняя прямая; *4* — внутренняя прямая; *5* — нижняя косая; *6* — верхняя косая; *7* — костные стенки глазницы.

держатся только колбочки. На остальном протяжении сетчатки по направлению к переднему полюсу глаза число колбочек постепенно уменьшается, а нарастает количество палочек. Желтое пятно является местом наибо-

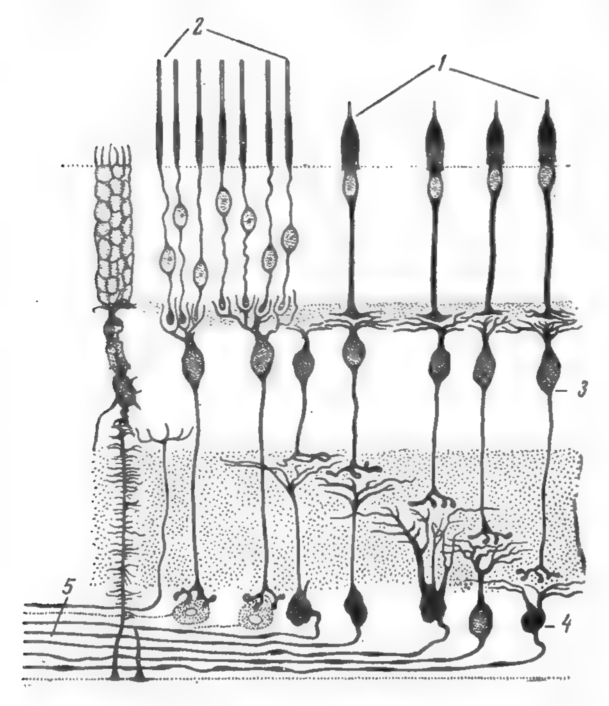


Рис. 170. Схема строения сетчатки.

1 — колбочки; 2 — палочки; 3 — слой биполярных клеток; 4 — слой ганглиозных клеток; 5 — волокна ганглиозных клеток, собирающиеся в зрительный нерв.

лее четкого и ясного зрения, называемого центральным; остальная сетчатка осуществляет так называемое периферическое зрение.

Зрительный нерв. Образуется зрительный нерв из волокон ганглиозных клеток сетчатки, часть его внутри глаза — сосок, или диск, — располагается немного кнутри от желтого пятна и имеет вид бледно-розового овала (рис. 171). Из центра соска выходят делящиеся на ветки центральные артерии и вена сетчатки. В области соска нет светочувствительных клеток, поэтому это место назы-

вается **слепым пятном**. Зрительный нерв через решетчатую пластинку в склере выходит в орбиту и через костный канал у ее вершины проникает в полость черепа. Затем оба нерва — правый и левый — подходят к турецкому седлу, где внутренние волокна образуют перекрест (хиазма). Далее зрительный нерв продолжается в виде **зрительного тракта**, подходит к подкорковым центрам и заканчивается в коре затылочной доли (корковые центры).

Прозрачное содержимое глаза. Состоит оно из камерной влаги, наполняющей переднюю и заднюю камеру, хрусталика и стекловидного тела.

Хрусталик находится за зрачком в углублении стекловидного тела. Это двояковыпуклая линза, которая образуется из отдельных наслаивающихся друг на друга волокон. С возрастом в центре хрусталика образуется плотное ядро. Линза одета капсулой, в которую вплетается связка, называемая цинновой, прикрепляющая его к цилиарному телу.

Стекловидное тело выполняет бóльшую часть полости глаза и имеет вид студенистой массы.

Роговица, хрусталик и стекловидное тело называются **преломляющими средами глаза**, так как они пропускают в глаз и преломляют лучи света и соединяют их в фокусе на сетчатке.

Наиболее сильной оптической средой является роговица, затем следует хрусталик, остальные среды обладают слабой преломляющей способностью, но их прозрачность необходима для хорошего зрения.

Глазное яблоко и его придатки снабжаются кровью от **глазничной ветви** внутренней сонной артерии. От нее отходят отдельные ветви к мышцам, векам, слезному аппарату. Внутри зрительного нерва в глаз входит центральная артерия сетчатки, а у заднего полюса склеры — задние и передние цилиарные артерии, которые разветвляются в сосудистом тракте. Отток крови происходит по венам, прободающим склеру; они уносят кровь через глазничные вены в пещеристый синус, расположенный по сторонам турецкого седла, и в глубокие вены лица. **Внешние мышцы** глазного яблока придают ему подвижность. Из них четыре прямых (верхняя, нижняя, внутренняя и наружная) и две косых (верхняя и нижняя). Все мышцы, за исключением нижней косой, бе-

рут начало в общем сухожильном кольце у вершины орбиты и, расходясь оттуда веерообразно, прикрепляются сухожилиями к склере на различных расстояниях от лимба (как это показано на рис. 172).

По своему физиологическому действию мышцы разделяются на: 1) отводящие глазное яблоко — наружная прямая и обе косые; 2) приводящие — внутренняя, верхняя и нижняя прямые; 3) поднимающие — верхняя прямая и нижняя косая; 4) опускающие — нижняя прямая и верхняя косая. В каждом движении глаз принимает участие группа мышц. Их совместные действия являются необходимым условием для слияния в одно изображение обоих, т. е. получаемых каждым глазом в отдельности, и для ясного, бинокулярного зрения — другими словами, для зрения двумя глазами (стр. 377).

§ 2. ФУНКЦИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ ИССЛЕДОВАНИЯ

Орган зрения обладает следующими зрительными функциями: восприятием яркого света, формы предметов, цвета (центральное зрение), слабого света (светоощущение) и движения (периферическое зрение), а также способностью видеть предметы на различных расстояниях (рефракция и аккомодация), сливать изображения, возникающие на сетчатке каждого глаза в единое (бинокулярное зрение).

Все функции органа зрения связаны друг с другом и находятся под регулирующим влиянием центральной нервной системы. Это приводит к полноценному восприятию образов внешнего мира — акту зрения. Он осуществляется благодаря тому, что лучи света, отражаемые от рассматриваемого объекта, проходят через прозрачные среды глаза и после преломления попадают на сетчатку, где вызывают раздражение ее светочувствительного слоя (пигментного эпителия, палочек и колбочек). В результате сложных процессов в сетчатке наступает нервное возбуждение, которое передается по зрительному пути в корковые центры, где возникает зрительное ощущение.

Центральное зрение. Если лучи света после преломления соединяются в фокусе в желтом пятне сетчатки, то

детали предмета и его цвет будут ясно видны. Такое зрение называется *центральным*. Оно определяется *остротой зрения*. Чем меньше объект, который глаз различает с того или другого расстояния, тем выше его острота зрения. Поэтому она определяется соотношением деталей предметов определенных условных размеров и расстоянием между ними и глазом. В норме человеческий глаз может раздельно различать две светящиеся точки, если световые лучи, исходящие от них, после преломления в средах глаза образуют угол наименьшей величины в 1 минуту, называемый *углом зрения*. Это и будет *нормальная острота зрения*.



Рис. 173. Таблица для исследования остроты зрения.

Исследование остроты зрения. Для этого пользуются таблицами, состоящими из рядов черных букв, знаков или рисунков (для детей) определенной величины, расположенных в нисходящем порядке, так, что каждый ряд отличается от последующего на 0,1 остроты зрения в соответствии с расстоянием, на котором они в норме должны быть видны. Таблицы находятся в специальном ящике и освещаются лампочкой в 40 вт. Больного усаживают на расстоянии 5 м от таблицы и исследуют остроту зрения каждого глаза в отдельности, закрывая другой глаз непрозрачным экраном. Исследующий (рис. 173) показывает испытуемому буквы таблицы указкой последовательно сверху вниз. Острота зрения определяется тем последним — наименьшим — рядом знаков, которые больной правильно называет. Например, если больной видит только первый ряд букв, его острота зрения равна 0,1, если пятый ряд, — 0,5; десятый ряд, — 1,0. Можно, пользуясь таблицей, определить остроту зрения с любого расстояния, для чего нужно данное расстояние разделить на то расстояние, на котором глаз с нормальной остротой

зрения видит данный ряд. Это расстояние, обозначенное буквой D, отпечатано слева у каждой строки таблицы. Например, если больной с расстоянием 3 м видит только первый ряд, который в норме должен различаться с 50 м, то его острота зрения = $\frac{3}{50}$ =0,06, а не 0,1, как было бы, если бы он видел знаки первой строки с расстояния 5 м.

В случаях, если у больного острота зрения менее 0,1, его подводят к таблице, учитывая расстояние, с которого он видит первый ряд, и производят такой же расчет. Например, если он видит первый ряд таблицы с расстояния 1 м, то его острота зрения равна $\frac{1}{50}$, т. е. 0,02. Можно предложить больному считать пальцы исследующего, показываемые на черном фоне; размеры пальцев соответствуют размерам букв первой строки таблицы. У лиц с более низким зрением проверяют его остроту пальцами, показываемыми у самого лица, или движением руки. Если исследуемый не видит и этого, проверяют светоощущение. Для этого в темной комнате на глаз исследуемого (другой глаз закрыт) направляют последовательно с разных сторон лучи слабого источника света (свеча, свет, отраженный от глазного зеркала — офтальмоскопа, см. рис. 181) и предлагают исследуемому указать его направление. При правильных ответах испытуемого острота зрения расценивается как «светоощущение с правильной проекцией света» ($\frac{1}{\infty}$P. C.). Когда больной только замечает свет, но не может указать его направление — светопроекция неправильная. Если больной не отличает света от тьмы, его острота зрения равна нулю — это стойкая полная слепота. Сохранение светоощущения больным является необходимым условием для успеха его дальнейшего лечения, в том числе и для исхода операций.

Цветовое зрение (цветоощущение). Цветовое зрение также относится к функции центрального зрения. Ослабление или отсутствие цветового зрения может быть врожденным дефектом и не сопровождаться другими изменениями глаз и его функций.

Благодаря способности глаза смешивать три основные цвета: красный, зеленый и фиолетовый — глаз может различать множество цветов и их оттенков. Поэтому че-

ловек с нормальным цветоощущением называется трихроматом. Правильное восприятие цветов возможно только при одновременной и полноценной функции всех трех цветоощущающих компонентов; поэтому, если один из них отсутствует, нарушается восприятие и остальных, а такой человек называется дихроматом. Выпадение красного компонента называется протанопией, зеленого — дейтеранопией, фиолетового — тританопией, а ослабление цветового чувства—цветоаномалией. В зависимости от того, какого цвета это касается, различают протаномалию, дейтераномалию и тританомалию. Цветослепые и цветоаномалы могут не знать о своем дефекте, так как они до некоторой степени определяют цвета по их насыщенности и яркости. Поэтому нарушения цветоощущения определяются по специальным таблицам Е. Б. Рабкина, состоящим из мелких цветных кружков, одинаковых по яркости и насыщенности, образующих цифры или фигуры. Цветослепой или цветоаномал различает скрытые в таблице знаки или цифры и не видит тех знаков, которые различает трихромат.

Исследование производят при дневном свете и хорошем освещении таблиц, и каждую из них показывают испытуемому с расстояния 1 м в продолжении 10—20 секунд. В пояснении к таблицам сказано, как должны читать каждую из них трихроматы и как страдающие расстройствами цветоощущения. Способность различать цвета проверяется у работающих на всех видах транспорта и на тех производствах, где необходимо распознавание цветов.

Периферическое зрение. Периферическое зрение обеспечивает восприятие света слабой интенсивности (светоощущение) и дополняет функцию центрального зрения возможностью ориентировки в пространстве. Пространство, которое видит глаз при условии его неподвижности, называется полем зрения.

Значение периферического зрения можно представить себе, если попробовать передвигаться держа перед глазами бинокль или узкие трубочки, например стетоскопы, для выключения периферического зрения. Даже при отличном центральном зрении передвижение будет затруднено или станет просто невозможным.

Исследуют поле зрения на специальном приборе — периметре (рис. 174), подвижная дуга которого разделе-

на на градусы — от 0° (в центре) до 90° (кверху и книзу от центра). Больной сидит, как это показано на рисунке, один глаз его завязан, другим он фиксирует центр дуги периметра. Исследующий ведет от периферии к центру черную палочку, на которой есть небольшая метка какого-нибудь цвета (белого, красного, зеленого, синего). Сначала определяют границы поля зрения на белый цвет: точка, на которой исследуемый начинает различать объект на периферии дуги периметра в горизонтальном, вертикальном и косом положении его дуги, обозначает границу в данном меридиане. По мере надобности определяют границы поля зрения на цвет. Полученные ориентиры в градусах заносят на специальную схему (рис. 175). Изменения поля зрения могут проявляться сужением его границ, выпадением отдельных участков или половин поля зрения. Выявление дефектов поля зрения имеет большое значение в диагностике заболеваний глаз и особенно центральной нервной системы.

Светоощущение. Известно, что человек может видеть днем и ночью, т. е. в условиях освещения различной интенсивности. Однако для того чтобы снова различать окружающие предметы после перехода от темноты к свету или от света к темноте, требуется некоторое время. Эта способность органа зрения приспосабливаться к различным условиям освещения называется адаптацией к свету или темноте. Основное практическое значение имеет темновая адаптация, которую исследуют специальным прибором — адаптометром, определяя им минимальное световое раздражение, воспринимаемое глазом.

Ослабление темновой адаптации называется гемералопией; оно проявляется затруднением или невозможностью ориентировки в темноте или при слабом освещении. Стойкая или прогрессирующая гемералопия возникает у некоторых больных при заболеваниях сетчатки, зрительного нерва, центральной нервной системы и при болезнях печени. В случаях гипо- или авитаминоза А наступает временное нарушение адаптации, которое проходит после приема внутрь рыбьего жира, витаминов А и Е или богатой ими пищи (сливочное масло, морковь, печень).

Исследование светоощущения необходимо для диагностики различных заболеваний и при профессиональном



Рис. 174. Исследование поля зрения на периметре.

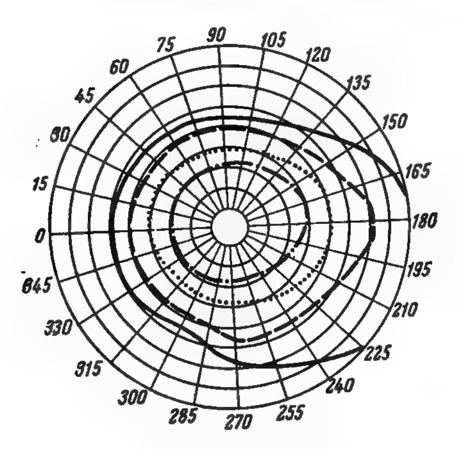


Рис. 175. Границы нормального поля зрения, получаемые при исследовании объектом белого цвета (сплошная линия), синего цвета (пунктир), красного цвета (точки) и зеленого цвета (пунктир с точкой).

отборе лиц, работающих в условиях недостаточного освещения.

Бинокулярное зрение. Когда человек смотрит двумя глазами, на сетчатке каждого из них получается изображение фиксируемых предметов. Однако благодаря способности сливать оба изображения в одно он видит только один предмет. Это и называется бинокулярным зрением. При таком наиболее совершенном виде зрения хорошо различаются объем и рельеф предметов и расположение их относительно друг друга, правильно определяется положение наблюдателя и предметов в пространстве. Бинокулярное зрение необходимо человеку для ориентировки в пространстве при работе; особенно оно важно для представителей тех профессий, где требуется очень точное зрение (летчики, мастера точной механики, дальномерщики и др.). Определение бинокулярного зрения производится различными приборами, в том числе и стереоскопом.

В норме при рассмотрении в нем специальных картинок получается ясное впечатление глубины и объемности изображенных предметов. Проще всего бинокулярное зрение определяется следующим образом: исследуемому дают две палочки (карандаш, ручку) и предлагают, держа их в руках перед собой в горизонтальном положении, свести руки так, чтобы точно попасть концом одной палочки на конец другой. При наличии бинокулярного зрения это легко удается, при его дефектах или отсутствии концы палочек не соприкоснутся.

§ 3. РЕФРАКЦИЯ И АККОМОДАЦИЯ

Хорошее, нормальное зрение зависит от прозрачности преломляющих сред, нормальных функций всего зрительно-нервного аппарата (от сетчатки до центров зрения в затылочной доле головного мозга) и от возникновения четкого изображения в центре сетчатки, в желтом пятне. Последнее зависит от преломляющей способности глаза, его *рефракции*.

Рефракция. Если представить себе оптическую систему глаза (роговицу и хрусталик) в виде одной двояковыпуклой лупы, то окажется, что параллельные лучи света, преломившись в ней и пройдя через нее, должны соеди-

ниться в фокусе лупы на расстоянии, соответствующем силе стекла. Оптическая сила лупы, фокусное расстояние которой равно 1 м, составляет 1 диоптрию (D). Это значит, что параллельные лучи света, преломившись через такую лупу, соединяются в ее фокусе на расстоянии 1 м. Чем сильнее лупа, тем фокусное расстояние короче: например, фокусное расстояние лупы 5,0 D равно 20 см (100 : 5 = 20). Итак, если глаз обладает преломляющей силой 50,0 D, то его сетчатая оболочка, в фокусе которой соединяются лучи света, должна находиться на расстоянии 2 см или 20 мм от центра оптической системы. При таком соотношении силы преломляющей системы и длины глаза в плоскости сетчатки получается ясное изображение предмета, находящегося на далеком расстоянии, откуда в глаз идут параллельные лучи. Этот вид рефракции называется нормальной, или эмметропией (рис. 176). Если это соответствие нарушено, т. е. в тех случаях, когда глаз обладает большой преломляющей силой или, что бывает чаще, если ось глазного яблока несоответственно большой длины, то фокусное расстояние будет короче и лучи света соединятся впереди сетчатки. Следовательно, такой глаз не приспособлен к восприятию параллельных лучей и поэтому не может видеть на далеком расстоянии; расходящиеся лучи, идущие от близких предметов, для преломления которых нужна бо́льшая преломляющая сила, соединяются в фокусе на сетчатке: такой глаз хорошо видит вблизи. Подобная рефракция называется миопией, или близорукостью.

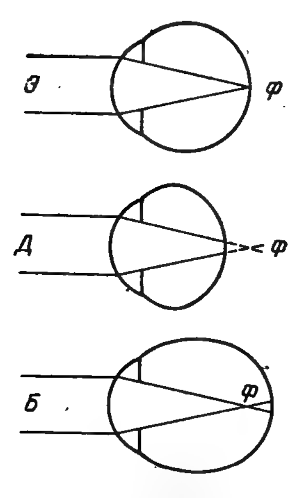


Рис. 176. Положение фокуса параллельных лучей в глазу при различных видах рефракции.

Э — эмметропия; *Д* — дальнозоркость; *Б* — близорукость; *Ф* — фокус лучей.

Когда оптическая система глаза слабо преломляет параллельные лучи или глаз несоответственно короток, то параллельные, а тем более расходящиеся лучи соединяются в фокусе, лежащем в воображаемом пространст-

ве «позади» сетчатки. Такая рефракция называется дальнозоркостью, или гиперметропией, а люди с такой рефракцией хорошо видят вдаль, вблизи они могут хорошо видеть только с помощью усиления преломляющей силы своего глаза (аккомодация) или в очках.

В одном и том же глазу возможна комбинация (астигматизм) одной и той же рефракции различной силы или различных рефракций. Это положение создается при различии преломляющей способности разных меридианов роговицы или реже хрусталика. Вследствие этого лучи света не собираются в виде точки в фокусе на сетчатке, а образуют световую линию, почему четкое восприятие предметов, а следовательно, и хорошее зрение невозможно.

Аккомодация. С помощью одной рефракции глаз способен видеть только вдаль (эмметроп) или вблизи (миоп) или плохо видеть вдаль и близи (гиперметроп). Однако фактически люди могут рассматривать предметы на разных расстояниях от глаз благодаря его способности, усиливая и ослабляя рефракцию, приспосабливаться к данному расстоянию. Эта способность носит название аккомодации. Аккомодация, необходимая для того, чтобы четко видеть предметы на разных расстояниях, осуществляется с помощью хрусталика. В зависимости от расстояния от глаза до рассматриваемого объекта нервный импульс заставляет сокращаться цилиарную мышцу. Это ослабляет напряжение цинновой связки и капсулы хрусталика и тогда он, обладая эластичностью и ничем не сдавливаемый, получает более выпуклую форму; при этом возникает усиление преломляющей способности глазного яблока.

Чем ближе к глазу находится рассматриваемый объект, тем сильнее должна сокращаться цилиарная мышца, тем больше утолщаться хрусталик, а следовательно, увеличиваться сила или объем аккомодации, показывающая, на сколько диоптрий усилилась рефракция глаза. Наименьшее расстояние, на котором еще возможно чтение мелкого шрифта (соответствующего остроте зрения глаза), определяет ближайшую точку ясного зрения, показывающую максимальное напряжение аккомодации.

Чем дальше от глаза находится рассматриваемый предмет, тем меньше потребность в аккомодации, и на

определенном расстоянии предмета в зависимости от вида рефракции и ее степени аккомодации будет находиться в покое. Точка, находящаяся на наиболее отдаленном расстоянии, на котором глаз видит только с помощью своей рефракции, без участия аккомодации, называется дальнейшей точкой ясного зрения. Следовательно, на всем расстоянии от дальнейшей до ближайшей точек ясного зрения глаз способен включать свою аккомодацию и поэтому это расстояние называется длиной аккомодации.

Сила и длина аккомодации зависят от вида рефракции. Больше всего работает аккомодация у гиперметропа, меньше — у эмметропа и еще меньше — у миопа.

Аккомодация зависит и от возраста людей, ибо центральная часть хрусталика (ядро) с возрастом склерозируется, а поэтому уменьшается эластичность хрусталика и возможность усиливать его кривизну. В связи с этим наступает ослабление аккомодации, практически оно проявляется в том, что после 40 лет гиперметропы и эмметропы нуждаются в очках для чтения, заменяющих ослабленную аккомодацию. Возрастное ослабление аккомодации называется пресбиопией (см. стр. 383).

Клиника аномалий рефракции. Подбор очков

Лица с аномалиями рефракции предъявляют определенные, характеризующие ее жалобы. Так, у дальнозорких, вследствие постоянного напряжения аккомодации, возможны признаки утомления; боль и резь в глазах и голове, нечеткость букв; это так называемая аккомодативная астенопия Обычно она проявляется у лиц с более высокой гиперметропией, но может возникнуть и при ее небольшой степени в связи с напряженной работой или занятиями в неблагоприятных условиях, а также с возрастом, когда скрытая гиперметропия начинает переходить в явную. У детей, вследствие постоянного напряжения аккомодации и конвергенции[1], может развиться сходящееся косоглазие.

Гиперметропия — наиболее частый вид рефракции: почти все дети рождаются дальнозоркими. С ростом организма и глаза часть людей становятся эмметро-

---

[1] Конвергенция — сведение зрительных осей глаз на рассматриваемом объекте.

пами, а другие — миопами, т. е. близорукими. Появление миопии и особенно ее прогрессирование связано с выходящим за пределы нормы удлинением оси глаза. Это происходит чаще у школьников при определенных неблагоприятных условиях: недостаточном освещении при работе и занятиях на близком расстоянии, неправильном устройстве парт для школьников, усиленной нагрузке и нерациональном режиме дня, после перенесенных инфекционных болезней или ослаблении организма ребенка на почве глистной инвазии, гипо- или авитаминозе, туберкулезной интоксикации и др. Поэтому перед началом учебного года всем школьникам необходимо проверять остроту зрения, а детей с пониженным зрением направить к окулисту для назначения очков и лечения. Нужно следить за ношением школьниками корригирующих очков, за оздоровлением организма детей и улучшением санитарно-гигиенических условий в школе. Все это имеет большое значение в профилактике прогрессирования близорукости и возникновения ее злокачественной формы. Для нее типично неуклонное падение остроты зрения, невозможность добиться полной коррекции стеклами, необходимость в частой смене стекол на более сильные. Такое положение наступает вследствие больших изменений дна глаза в связи с растяжением склеры, сосудистой и сетчатой оболочек, приводящих к кровоизлияниям из сосудов сетчатки, к плавающим помутнениям в стекловидном теле, к воспалительным изменениям сосудистой оболочки и сетчатки, а иногда к разрыву и отслойке сетчатки.

Близорукие плохо видят вдаль, читают, приближая текст к глазам. Вследствие этого у детей иногда наступает усталость внутренних прямых мышц (мышечная астенопия) и расходящееся косоглазие. Постоянное ношение очков, полностью корригирующих миопию, нередко предохраняет от косоглазия или устраняет его; оно имеет большое значение для профилактики прогрессирования близорукости. Необходимо и общеукрепляющее лечение, применение витаминов, хлористого кальция, тканевых препаратов, дегельминтизация, лечение скрофулеза и др.; хороший сон, пребывание на воздухе, умеренные занятия физкультурой, чередование занятий с отдыхом. Особое внимание следует уделять близоруким детям, перенесшим инфекционные болезни. После выздо-

ровления они, пропустив занятия, усиленно занимаются, в то время как их нужно максимально разгрузить, чтобы предупредить прогрессирование близорукости.

Для определения рефракции глаза и ее степени необходимо иметь набор оптических стекол (рис. 177), в котором есть выпуклые (собирающие лучи — convex), вогнутые (рассеивающие лучи — concav) и цилиндрические стекла.

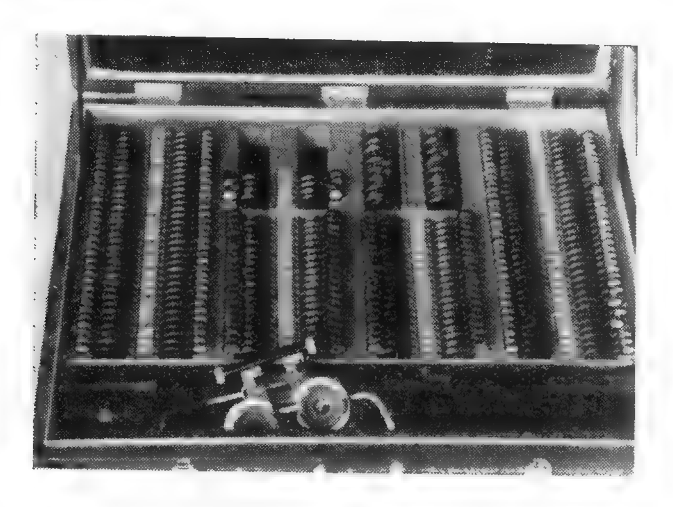


Рис. 177. Пробный набор очковых стекол в футляре.

Подбирая очки, дающие наилучшее зрение пациенту, можно одновременно установить характер его рефракции, так как выпуклые стекла будут исправлять гиперметропию, вогнутые корригировать миопию, а цилиндрические — астигматизм. Практически начинают подбор очков с определения остроты зрения. Затем к каждому глазу (другой прикрывают ладонью или листком картона) приставляют сначала выпуклое стекло 1,0 D, а затем вогнутое той же силы. Далее продолжают приставлять к глазу соответствующие более сильные стекла до максимального улучшения остроты зрения. Гиперметропам назначают наиболее сильные, а миопам самые слабые из тех, которые достаточно повышают зрение. Во многих случаях острота зрения с помощью очков может быть доведена до нормальной — 1,0. Сложнее подбор цилиндри-

ческих стекол, поэтому для определения астигматизма приходится пользоваться специальными объективными методами исследования, а также аппаратами.

В ряде случаев, особенно у детей, эти методы нужны для точного определения степени гиперметропии или миопии. С этой целью предварительно в продолжение 7—10 дней им расширяют зрачки атропином, выключающим аккомодацию.

Лицам пожилого возраста вследствие пресбиопии необходимо подбирать очки для близи. Для этого вначале с помощью корригирующих стекол определяют остроту зрения вдаль и рефракцию и в зависимости от полученных данных назначают очки для чтения. Обычно эмметропам в 40 лет нужны выпуклые стекла силой в 1,0 D, в 45 лет — 1,5 D, в 50 лет — 2,0 D, в 55 лет — 2,5 D, в 60 лет — 3,0 D, в 65 лет и выше — 3,5 D. Гиперметропам к этому расчету добавляют еще стекло, соответствующее степени аномалии его рефракции. Например, человеку в 50 лет с гиперметропией в 1,0 D надо дать стекло не +2 0 D, а +3,0 D. При близорукости, наоборот, учитывая избыток преломляющей способности, уменьшают силу стекла. Например, пациент, который много лет пользуется для постоянного ношения очками —5,0 D, в 50 лет будет свободнее читать в очках — 3,0 D. Правильность подбора очков определяется по чтению пациентом шрифта для близи, соответствующего его остроте зрения.

В глазной практике очень часто приходится определять рефракцию и подбирать очки не только для улучшения зрения лицам, страдающим аномалией рефракции, но и для проведения профессионального отбора и врачебной экспертизы.

§ 4. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Исследование глаз и окружающих их частей нужно проводить в определенном порядке и всегда начинать со здорового глаза.

Осмотр области орбиты. При осмотре определяют правильность положения глазного яблока: нет ли его выпячивания (экзофтальм) или западения (энофтальм); нормальна ли подвижность глаз, каково состояние кожи области орбиты (покраснение, отек).

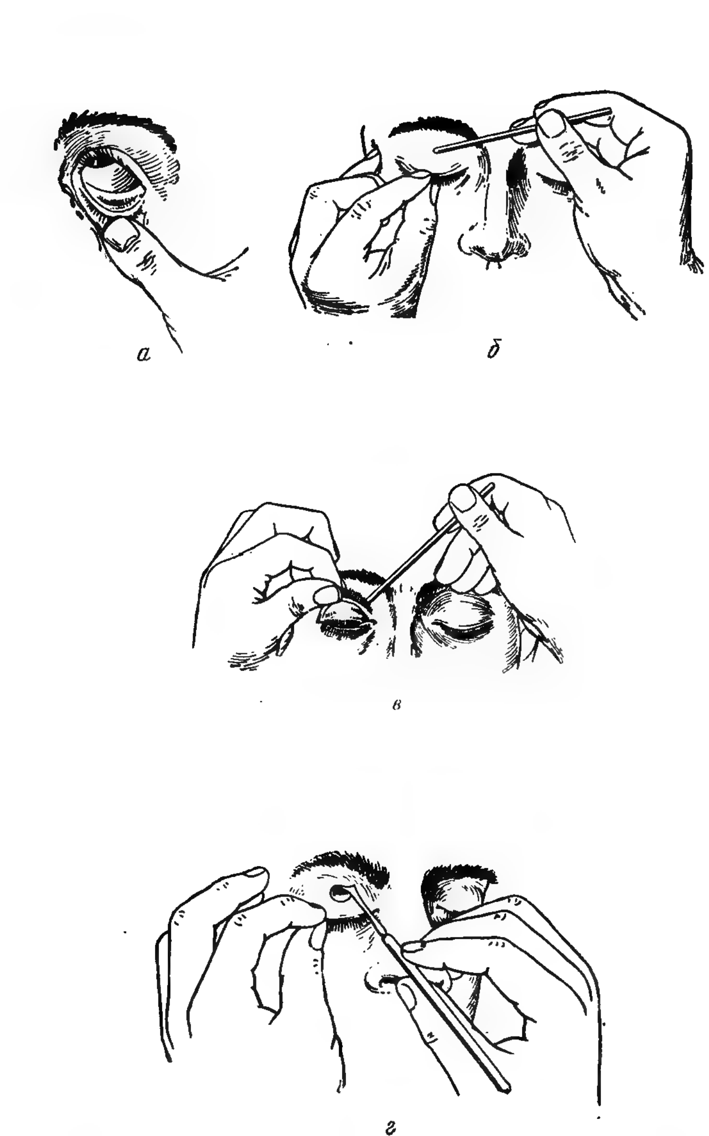


Рис. 178 Осмотр соединительной оболочки.

а — выворачивание нижнего века; *б* — выворачивание верхнего века — первый акт; *в* — выворачивание верхнего века — второй акт; *г* — выворачивание верхнего века с помощью векоподъемника для осмотра переходной складки.

Осмотр век. При этом устанавливают состояние кожи и краев век, рост ресниц, положение век (заворот, выворот), ширину глазной щели, наличие светобоязни, спазма век, слезотечения.

Осмотр соединительной оболочки. Для этого необходимо вывернуть веки. Нижнее веко нужно оттянуть книзу и слегка прижать к костному краю орбиты, причем больной должен смотреть кверху (рис. 178, *а*). Для выворачивания верхнего века больной должен смотреть книзу, а исследующий большим и указательным пальцами правой руки захватывает край века и оттягивает его книзу. Тогда под кожей очерчивается хрящ, на верхний край которого надавливают большим пальцем левой руки или стеклянной палочкой (рис. 178, *б*) и выворачивают веко, которое, приняв палец или палочку, прижимают к краю орбиты.

Для осмотра верхней переходной складки следует надавить пальцами правой руки на глазное яблоко через нижнее веко и подвигать его кверху под верхнее веко. Последнее нужно подтягивать левой рукой кверху и прижимать к краю орбиты (рис. 178, *в*). Можно выворачивать веко на векоподъемнике, как это видно на рисунке 178, г. Выворачивать веки следует очень легко и осторожно, не надавливая на глазное яблоко. Это особенно важно, когда имеются дефекты роговицы (язва, ранение), во избежание опасности ее прободения. Если у больного имеется обильное отделяемое из конъюнктивы, нужно вначале обтереть края век влажным ватным тампоном, затем медленно раздвинуть веки, промыть конъюнктивальный мешок каким-нибудь дезинфицирующим раствором и только потом вывернуть веки. Это необходимо для того, чтобы гной не попал в глаза исследующего. Можно пользоваться при осмотре таких больных защитными очками. Во время осмотра слизистой обращают внимание на ее цвет, рисунок сосудов, наличие возвышений (фолликулы, рубцы), отделяемое.

У детей, страдающих спазмом век и светобоязнью, осмотр глаз производится при раскрытой векоподъемниками глазной щели (рис. 179).

Осмотр слезных путей. При этом обращают внимание на состояние кожи век, правильность положения слезных точек, направленных в норме в сторону глаза, на признаки застоя слезы или слезотечения, выделение сли-

зи или гноя из слезных точек при надавливании на область слезного мешка. Для проверки всасывающей способности канальцев и проходимости слезоотводящих путей закапывают в конъюнктивальный мешок 1—2 капли 2% раствора колларгола. Через 3 минуты капли должны всосаться в слезные канальцы. В норме при надавливании на область слезного мешка коричневая кап-



Рис. 179. Осмотр глаз при раскрытии глазной щели векоподъемниками.

ля колларгола выделяется из слезной точки (положительная канальцевая проба), а через 5 минут выделения из носа при сморкании тоже имеют примесь колларгола (положительная носовая проба). Можно ввести глубоко в нижний носовой ход ватный тампон, который в норме окрашивается колларголом. Если пробы оказываются замедленными или отрицательными, глазной врач применяет специальные методы исследования: промывание, зондирование и рентгенографию слезных путей.

Осмотр переднего отдела глаза. В темной комнате при боковом или фокальном освещении производят осмотр переднего отдела глаза. Источник света устанавливают на уровне глаз исследуемого, слева и несколько кпереди, и собирают на роговице пучок света двояковыпуклой лупой, которую держат на ее фокусном расстоянии сбоку от глаза. Исследующий рассматривает глаз пациента как это показано на рис. 180. Яркое освещение глаза в контрасте с темнотой комнаты дает возможность увидеть

различные изменения роговицы (в том числе мелкие инородные тела), радужки, хрусталика. Во время осмотра обращают внимание на форму, поверхность, прозрачность роговицы. Определяют ее чувствительность, прикасаясь к ней тонкими волоконцами ваты: больной должен ощущать прикосновение. Дефект поверхности роговицы (эрозия, язва, ожог) можно легко обнаружить по



Рис. 180 Исследование боковым или фокальным освещением с использованием лупы.

зеленоватому окрашиванию пораженного участка роговицы, если капнуть на нее 2% содовый раствор флуоресцеина.

Фокальное освещение позволяет рассмотреть глубину передней камеры и скопление на дне ее экссудата, крови, гноя. Хорошо виден цвет и рисунок радужки, форма и ширина зрачка, его реакции на свет. В норме зрачок черного цвета, но, если, например, в стекловидном теле скапливается гной или кровь, он становится соответственно зеленым или красным. Помутнение хрусталика (катаракта) определяется по серому цвету зрачка.

Исследование прозрачных сред. Хрусталик и стекловидное тело исследуют с помощью глазного зеркала с отверстием в центре, т. е. офтальмоскопа (рис. 181). Больного усаживают в темной комнате, источник света устанавливают сзади и слева от него на уровне его глаз. Исследующий держит офтальмоскоп у своего глаза и,

направляя свет в глаз исследуемого («зайчик»), благодаря отражению лучей света от дна глаза видит красное свечение зрачка — «рефлекс». Помутнения роговицы, хрусталика или в стекловидном теле будут видны на фоне красного зрачка как темные пятна или полосы. Исследование дна глаза — офтальмоскопия (рис. 182) — удается, если держать перед глазом боль-

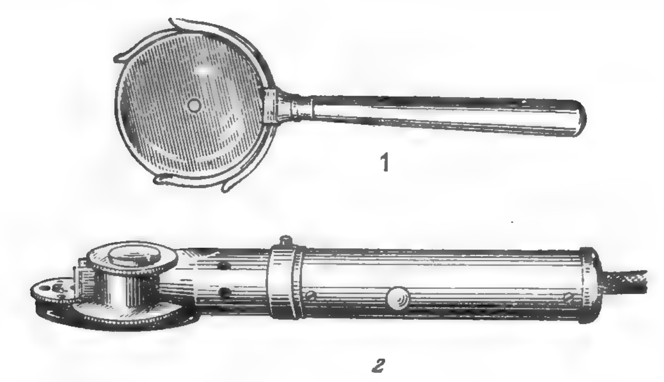


Рис. 181. Офтальмоскоп:
1 — простой, *2* — электрический.

ного лупу в 13,0 D на ее фокусном расстоянии (7,5 см). Лучи света от офтальмоскопа, попав в глаз больного и отражаясь от его дна, проходят через лупу в обратном направлении и собираются впереди нее в фокусе. При этом исследующий видит обратное и увеличенное изображение глазного дна (сосудистую оболочку, сетчатку, сосок зрительного нерва, см. рис. 171).

Офтальмоскопия — очень ценный метод диагностики глазных и многих заболеваний центральной нервной системы (опухоли и воспалительные процессы), внутренних органов (гипертоническая болезнь, заболевания крови, почек, диабет) и др.

Определение внутриглазного давления. Тонус глаза зависит от давления крови в капиллярах и внутриглазной жидкости на стенки глаза. Повышение или понижение давления вредно отражается на функциях глаз и может быть причиной слепоты. Так, например, повышение тонуса является основным признаком очень серьезного

заболевания глаз — глаукомы. При лечении больных необходимо постоянно учитывать состояние тонуса глаза.

Для ориентировочного определения его пользуются пальпаторным методом, основанным на сравнении плотности здорового и больного глаза. При этом исследуемый,



Рис. 182. Офтальмоскопия.

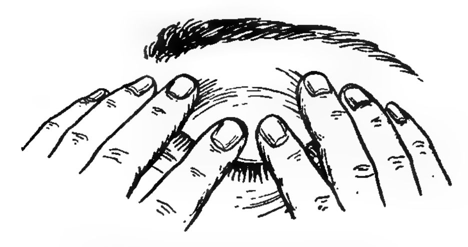


Рис. 183. Пальпаторное исследование внутриглазного давления.

закрыв глаза, смотрит книзу, а исследующий ставит указательные пальцы обеих рук на веко выше хряща и слегка надавливает на глаз каждым пальцем попеременно (рис. 183). Для точного измерения давления и для выявления больных глаукомой во время профилактических осмотров населения пользуются специальными приборами — тонометрами. Тонометр Маклакова (рис. 184) — металлический цилиндр с фарфоровыми

площадками на концах, которые смазывают краской (Collargoli 2,0, Aquae destill., Glycerini $\overline{aa}$ gtt. XX). Исследуемому предлагают лечь на кушетку и после троекратного закапывания в конъюнктивальный мешок 0,25% раствора дикаина на роговицу опускают тонометр, свободно передвигающийся в специальной рукоятке. От соприкосновения с роговицей краска в центре смывается и на площадке тонометра виден светлый кружок. Его отпечаток получают на бумаге, слегка смоченной спиртом. Специальной шкалой, имеющейся в коробке тоно-

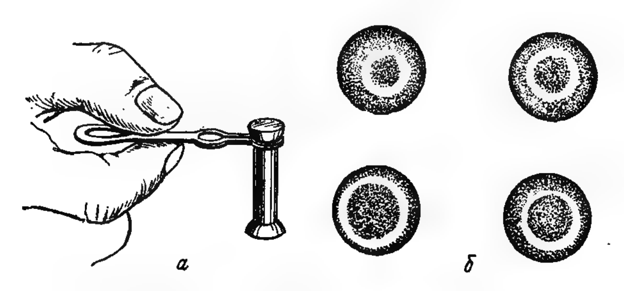


Рис. 184. Тонометр Маклакова (*а*) и отпечатки (*б*), получаемые после измерения внутриглазного давления.

метра, измеряют диаметр белого кружка, который соответствует определенному давлению, выраженному в миллиметрах ртутного столба. В норме внутриглазное давление колеблется в пределах от 18 до 27 мм.

§ 5. УСТРОЙСТВО И ОБОРУДОВАНИЕ ГЛАЗНОГО КАБИНЕТА АМБУЛАТОРИИ И ГЛАЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА

Глазной кабинет. Глазной кабинет помещают в светлой комнате, длиной не менее 5,5 м, так как определение остроты зрения и подбор очков должны проводиться на расстоянии 5 м от таблицы. Ее помещают в осветительном аппарате на стене против окна. У противоположной стены ставят стул для исследуемого. Рядом с ним помещают столик с набором очковых стекол и шрифтами для чтения на близком расстоянии. Целесообразно по-

местить рядом стол врача и столик для медикаментов, лучше хирургический, покрытый стеклом. На него ставят лоток, где в постоянном определенном порядке держат склянки с каплями, баночки с мазями, глазные ванночки. Капли удобнее хранить в склянках Штрошейна с притертыми пипетками (рис. 185). Их можно заменить бутылочками из-под антибиотиков с отверстиями в пробках, куда опускают пипетки.



Рис. 185. Сосуды, применяемые в глазной практике.
а — ундинка; *б* — глазная ванночка; *в* — капельница с притертой пипеткой Штрошейна.

Для повседневной работы на столике для медикаментов должны находиться перечисляемые ниже средства.

Капли: расширяющие зрачок — растворы атропина 1%, скополамина 0,25%, гоматропина 1%, платифиллина 1%, адреналина 0,1%; суживающие зрачок—раствор пилокарпина 1%, фосфакола 0,02%, эзерина 0,25%; анестезирующее средство — раствор дикаина 0,25%; вяжущие и дезинфицирующие средства — раствор цинка от 0,25 до 1%, синтомицина или левомицетина 0,33%, фурацилина 0,02%, колларгола 2%, альбуцида 10—30%, пирамидона 2% и др.

Мази: 5% синтомициновая или левомицетиновая, 1% желтая ртутная (в темной посуде), 1% кортизоновая или гидрокортизоновая и другие средства по указанию врача. На всех склянках должны быть чистые этикетки с четкими надписями.

Rp. Sol. Furacilini 1,0 : 5000,0 10,0
DS. Глазные капли

Rp. Furacilini 0,02
Lanolini 2,0
Vaselini 8,0
M. f. ung. Глазная мазь

Rp. Brilliantgrün 0,1
Spiritus vini rectif. 70% 10,0
MDS. Наружное

Rp. Ung. Hydr. oxyd. flavi 1% 5,0
DS. Глазная мазь

Rp. Sol. Collargoli 2% 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Zinci sulfurici 0,025—0,05—0,1
Acidi borici 0,2
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Syntomicini 0,03
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Ung. Syntomicini 5% 10,0
DS. Глазная мазь

Rp. Ung. Levomycetini 5% 10,0
DS. Глазная мазь

Rp. Albucidi 1,0—2,0—3,0
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Streptomycini (хлоркальциевый комплекс) 100 000 ЕД
Sol. Natrii chlorati 0,85% 10,0
DS. Глазные капли

Rp. Emulsio syntomicini 1% 10,0

Rp. Cocaini hydrochlorici 0,3—0,5
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Dicaini 0,025
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Sol. Novocaini 0,5—1,0—2,0
Sterilis
DS. Для субконъюнктивальных, ретробульбарных, внутримышечных инъекций

Rp. Atropini sulf. 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Scopolamini hydrobromici 0,025
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Homatropini 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Pilocarpini muriatici 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Furamoni 0,3—1,0
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Phosphacoli 1 : 5000,0 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Sol. Plathyphillini 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Adrenalini 0,1% 10,0
im amp. Sterillis!
DS. Для субконъюнктивальных инъекций

Rp. Adrenalini hydrochlorici 0,01
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Ung. Cortisoni или Hydrocortisoni 1% 10,0
DS. Глазная мазь

Rp. Pyramidoni 0,2
Sol. Adrenalini (1 : 1000,0) gtt. X
Sol. Furacilini (1 : 5000,0) 10,0
MDS. Глазные капли

Кроме медикаментов, на столе должны быть: стаканчик со стерильными лопаточками для закладывания мазей, лоток с влажными стерильными ватными шариками, бикс с перевязочным материалом, лоток со стерильными инструментами: пинцетами, векоподъемниками, иглами для удаления инородных тел роговицы и корнцангом для стерильного материала и др., 1% спиртовой раствор бриллиантовой зелени № 7 (для дезинфекции кожи), ундинки или резиновые баллончики, в которые

набирают растворы для промывания глаз. В кабинете должен также стоять столик с периметром, кушетка, на которую укладывают больного при тонометрии и других манипуляциях, стул или лучше зубоврачебное кресло, куда усаживают больного при производстве лечебных процедур, шкаф для медикаментов с различными отделениями: для хранения ядовитых средств (А), сильнодействующих (Б) и инструментария.

Для осмотра больного нужна отдельная темная комната или специальная кабина из фанеры, стены которой окрашены черной краской; можно также на окна светлой комнаты повесить раздвижные темные шторы. В темной комнате на столике помещают настольную лампу с матовой электрической лампочкой, офтальмоскоп с двумя лупами. Кроме того, на столиках размещают те приборы и аппараты, для пользования которыми необходимо затемненнсе помещение.

До начала приема больных медицинская сестра проверяет состояние флаконов с растворами. Если в них при встряхивании видна плавающая муть, образовавшаяся вследствие загрязнения раствора микробами или их разложения, капли нужно вылить, а колбочки и пипетки промыть сначала содовым раствором, затем проточной водой. Затем в них наливают дистиллированную воду, закрывают отверстие склянки пипеткой и кипятят на электроплитке. После этого бутылочки наполняют свежими растворами.

Для соблюдения стерильности глазные капли (за исключением растворов антибиотиков, сульфаниламидов, адреналина, азотнокислого серебра) ежедневно кипятят в продолжение нескольких минут. Обязательно нужно проверять целость пипеток, особенно их кончиков. Этикетки с четко написанными названиями медикаментов наклеивают непосредственно после наполнения склянок и баночек.

Очень важно следить, чтобы пипетка по недоразумению не попала из одного раствора в другой. Особенно серьезные последствия могут иметь такие ошибки относительно средств, суживающих и расширяющих зрачок. Например, если больному глаукомой ввести в глаз лекарство, суживающее зрачок, пипеткой из-под атропина, то зрачок вместо сужения расширится и может возникнуть приступ глаукомы, грозящий слепотой. Особенно

опасно, если в конъюнктивальный мешок попадает целая капля атропина. Вред можно причинить больному с воспалением радужки, если вместо атропина закапать средства, суживающие зрачок. Поэтому названные препараты должны находиться на их постоянных местах, лучше в противоположных концах лотка; еще лучше их подкрашивать, например, пилокарпин каплей эозина, а атропин бриллиантовой зеленью. Можно бутылочки с атропином и скополамином в отличие от склянок с пилокарпином и эзерином накрыть стаканом. Стеклянные палочки и инструменты кипятят. Для обтирания края век во время введения капель или осмотра глаз приготовляют ватные шарики. С этой целью вату в продолжение 30 минут кипятят в растворе оксицианата (1:6000) или

Sol. Hydr. oxycyanati (1 : 6000.0)—200,0

стерильную вату увлажняют 2% раствором борной кислоты. Тщательно вымыв руки, как перед операцией, сестра рвет вату на мелкие кусочки и помещает ее в прокипяченный и закрытый лоток, где ее хранят. Еще лучше заготовить длинные деревянные палочки с туго намотанной на них ватой и простерилизовать их в биксе. Концами двух палочек с ватным тампоном оттягивают веки и, закончив манипуляции на глазах больного, ими обтирают кожу век. Для повязок нужно подготовить целые бинты или куски бинта длиной до 1 м. Удобно пользоваться полосками липкого пластыря длиной до 12 см для приклеивания ватной подушечки, накладываемой на глаз.

На столе врача должны лежать бланки для рецептов и справок, карточки больных, книги учета и для записи больных, специальные бланки — схемы поля зрения и тонометрии.

В обязанности сестры в глазном кабинете поликлиники входит вызов и регистрация больных, проведение им необходимых исследований по поручению врача (определение остроты зрения, исследования поля зрения и цветоощущения, помощь в подборе очков) и манипуляций(промывание конъюнктивального мешка и закапывание капель, закладывание мазей, извлечение инородных тел из конъюнктивы и роговицы, выдавливание трахоматозных зерен и др.), выписка рецептов под контролем врача.

Глазное отделение стационара. В глазном отделении должны быть палаты, перевязочная, операционная с предоперационной, темная комната и подсобные помещения.

В крупных стационарах выделяют отдельные палаты для послеоперационных больных, что создает удобства для обслуживания их персоналом. Кровати таких больных должны иметь специальные подставки, чтобы больному можно было придать полусидячее положение.

Перевязочную следует оборудовать так же, как глазной кабинет. Кроме того, если нет специальной комнаты для манипуляций — процедурной, в перевязочной устанавливают стол для проведения внутривенных вливаний. Шприц кипятят на электрической плитке или в электрическом стерилизаторе. В шкафу для медикаментов есть отдельные запирающиеся шкафчики для ядовитых (А) и сильнодействующих веществ (Б). В первом шкафчике стоят растворы атропина, скополамина, пилокарпина, эзерина, морфина, пантопона, оксицианата и др., во втором — новокаин, адреналин, эфир и др. Остальные средства хранятся в общем отделении шкафа. В перевязочной следует иметь переносную электрическую лампу с длинным шнуром, которой пользуются во время перевязок и осмотра оперированных больных в перевязочной и в палатах. Если в стационаре нет физиотерапевтического кабинета, в перевязочной устанавливают постоянную лампу соллюкс, синюю лампу с рефлектором, аппарат для электроионтофореза.

Медицинская сестра ежедневно подготавливает перевязочную и медикаменты для приема больных, как это было описано выше. Обычно имеют два набора медикаментов, из них один — специальный набор для послеоперационных больных хранят в шкафу с медикаментами.

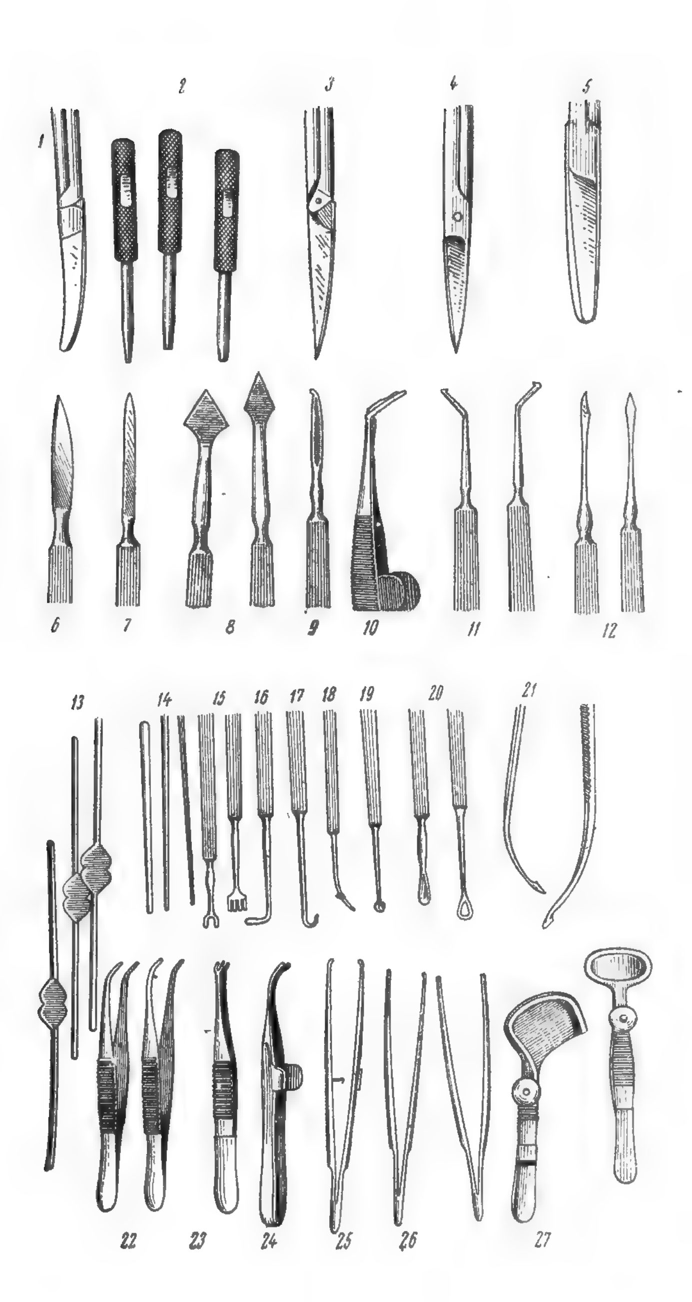
Перевязки больным утром производит врач вместе с сестрой Вначале перевязывают лежачих больных в палатах, куда подают лоток со стерильными медикаментами, бикс с перевязочным материалом и электрическую лампу. Сестра снимает бинт, а врач — марлево-ватный кружок с глаза больного; затем врач обтирает края век больного деревянными палочками с ватой, увлажненной дезинфицирующими растворами, раскрывает глазную щель больного, а сестра закапывает капли в конъюнктивальный мешок. Врач накладывает на закрытый глаз

больного стерильный марлево-ватный кружок, а сестра перевязывает больного и осторожно его поворачивает или усаживает в соответствии с назначением врача Перевязки остальным больным делает в перевязочной врач вместе с сестрой во время утреннего обхода, а потом, днем, — сестра, которая руководствуется записями в книге назначений.

Внутривенные, внутримышечные инъекции, пиявки на висок, физиотерапевтические и другие процедуры сестра делает после перевязок. Медикаменты для приема внутрь обычно раздаются перед едой.

Палатные сестры должны следить за чистотой в палатах и за санитарным состоянием больных, своевременно отправлять в лабораторию материалы для анализов, направлять больных на рентгенологическое обследование и на консультации к другим специалистам. Результаты анализов подклеивают в истории болезни, туда же записывают температуру (в виде кривой). Во время дежурств сестры, кроме выполнения назначений врача и ухода за больными, проводят санитарно-просветительную работу, читают больным газеты, следят за выполнением правил внутреннего распорядка, за посещением больных, принимают передачу, контролируют работу санитарок и уборщиц. Утром они докладывают врачу о состоянии больных во время дежурства.

В состав операционного блока входит предоперационная. В ней находятся шкафы для хранения инструментария, медикаментов, перевязочного материала, стол для его подготовки, кушетка, на которую усаживают больных перед тем, как ввести их в операционную. Подготавливая материал к стерилизации, в одни биксы кладут халаты, маски для персонала, простыни и маски для больных (кусок полотна, закрывающий голову больного и его туловище до живота с отверстием для оперируемого глаза), в другие биксы помещают бинты, кружочки марли с ватой, которыми прикрывают глаз после операции или при перевязках, марлевые салфетки, туго смотанные ватные фитильки, деревянные палочки с ватой на одном конце, марлевые длинные узкие тампоны для специальных операций. Глазные инструменты (рис. 186) очень тонки, нежны. Ножи нужно хранить на специальных подставках, очень осторожно и тщательно оттачивать. Этим нехитрым искусством овладевает


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27

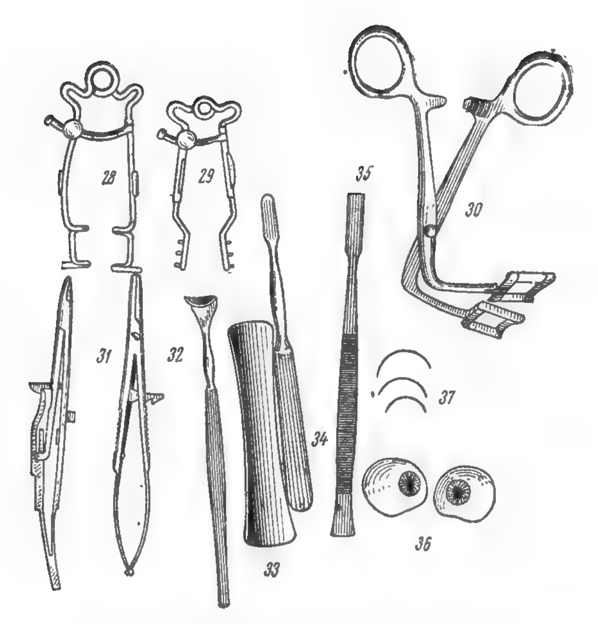


Рис. 186. Глазной инструментарий.

1, 5 — тупоконечные ножницы; *2* — трепаны Эллиота; *3, 4* — остроконечные ножницы; *6* — глазной скальпель; *7* — катарактальный нож Грефе; *8* — копьевидные ножи. *9* — нож Вебера; *10* — пинцет-ножницы Веккера; *11* — цистотомы; *12* — иглы для удаления инородных тел; *13* — зонды Баумана. *14* — зонды конические Зихеля. *15* — крючки остроконечные; *16* — крючки для мышцы; *17* — игла Ома; *18* — глазной шпатель; *19* — ложечка для удаления халазиона; *20* — ложечка Давиэля и петля Вебера; *21* — ложечки Аксенфельда; *22* — пинцеты для радужки *23* — пинцет Поляка; *24* — капсульный пинцет; *25* — фиксационный пинцет; *26* — хирургический и анатомический пинцеты; *27* — зажимы-пинцеты Снеллена; *28* — векорасширитель; *29* — зеркало Мюллера; *30* — зажим для взятия слизистой с губы. *31* — иглодержатели глазные; *32* — векоподъемник Демарра; *33* — пластинка Егера; *34* — распатор; *35* — костное долото; *36* — глазные протезы; *37* — иглы глазные.

операционная сестра, пользуясь обычным оселком. Очень удобен для заточки специальный электрический аппарат.

В операционной стоит специальный хирургический стол, над которым висит лампа (лучше бестеневая) для освещения операционного поля, столики для инструментария, биксов, шкаф с инструментами, магниты, аппарат для диатермокоагуляции.

Операционная сестра заранее подготавливает и стерилизует белье, перевязочный материал, шелк, заготавливает кетгут. За час до операции операционная сестра заливает спиртом режущие инструменты, остальные инструменты стерилизует кипячением. Все растворы капель (атропин, пилокарпин, дикаин и др.), так же как и растворы антибиотиков, должны быть свежеприготовленными. Оставшиеся после операции медикаменты сестра передает в перевязочную, а к следующему операционному дню снова выписывает свежие.

Перед операцией операционная сестра обрабатывает руки по общехирургическим правилам, надевает стерильный халат, маску, перчатки. После этого покрывает стол стерильной простыней, раскладывает на нем инструментарий, пипетки, шприцы, марлю, вату, бинты, ставит растворы новокаина, дикаина, адреналина, бриллиантовой зелени, физиологический раствор соли и закрывает стол стерильной простыней. Возле операционного стола ставят маленький высокий столик, верхняя доска которого должна находиться на уровне рук хирурга, на нее кладут инструменты, необходимые для данной операции.

Во время операции сестра подает хирургу шприцы с нужными растворами, инструменты; после однократного употребления опускает каждый инструмент в воду, кипящую в стерилизаторе. После операции сестра собирает и передает инструменты санитарке, которая тут же их моет и опускает в стерилизатор.

Подготовка больного к операции начинается после тщательного обследования глазным врачом и в зависимости от необходимости другими специалистами. Всем больным обязательно делают общий анализ крови, мочи, производят рентгеноскопию грудной клетки, берут мазок с конъюнктивы. Если выявляются патогенные микробы, операцию откладывают.

Накануне операции больному ставят очистительную клизму и он принимает ванну. Кожу лица и век обмывают теплой водой с мылом, конъюнктивальный мешок промывают раствором пенициллина или синтомицина; затем кожу лица, веки (от уха до середины носа) смазывают 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени и на глаз накладывают стерильную повязку. В день операции в предоперационной с больного снимают халат и обувь и надевают ему специальные полотняные чулки. Палатная сестра закладывает больному на стороне оперируемого глаза ватку в ухо, чтобы в него не затекала кровь, и трижды закапывает в глаз 0,25—0,5% раствор дикаина. Затем сестра вводит больного в операционную, укладывает на стол, покрывает простыней. Палатная сестра должна все время находиться в операционной, следя за состоянием больного. После операции она накладывает больному повязку и вместе с санитарками уводит больного или увозит его на каталке в палату и укладывает на койку.

В течение операционного дня дежурная палатная сестра следит за правильным (в соответствии со списком) и своевременным направлением больных в операционную.

В первые дни после операции сестра следит за положением больного в постели, его диетой, кормит его, следит за тем, чтобы не было задержки мочеиспускания и стула, выполняет лечебные назначения врача.

Необходимо подчеркнуть, что правильный послеоперационный уход за больным очень важен для благоприятного исхода операции.

§ 6. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Болезни глаз часто бывают следствием общих заболеваний (ревматизма, туберкулеза, бруцеллеза и других инфекционных заболеваний, эндокринных нарушений, сердечно-сосудистых поражений, болезней крови и др.), поэтому после установления диагноза и причины болезни необходимо назначение соответствующего лечения основного страдания. Из средств общего действия широко используются сульфаниламиды, антибиотики, витамины, общеукрепляющие средства, препараты для специфиче-

ского лечения (туберкулеза, сифилиса и др.), тканевые и др. в принятой дозировке и по схемам лечения, применяемым в общемедицинской практике. Показаны физиотерапевтические и курортные методы лечения. При многих заболеваниях необходимо рекомендовать больным определенную диету, режим в быту и труде, устранение профессиональных вредностей и др. Большое значение имеют средства, применяемые местно: промывания, капли, мази, инъекции растворов под конъюнктиву, ретробульбарно, введения препаратов путем электроионфореза.

Промывания. Назначают промывания для дезинфекции конъюнктивального мешка, удаления поверхностных инородных тел, химических веществ после ожога, краски после тонометрии. Для этого пользуются физиологическим или дезинфицирующими растворами (цианистой или оксицианистой ртути, борной кислоты, марганцовокислого калия); их наливают в стеклянную ундинку или набирают в резиновый баллон или, наконец, просто смачивают ими кусок ваты. Для промывания раздвигают или выворачивают веки, а затем орошают конъюнктиву. Жидкость стекает в почкообразный тазик, подставляемый под подбородок больного.

Rp. Sol. Kalii Hypermanganici (1,0 : 5000,0)
200,0
DS. Для промывания глаз

Капли. В глазной практике наиболее часто применяют капли. Вводят их в глаз так: сестра, предложив больному смотреть вверх (рис. 187), оттягивает нижнее веко больного влажной ваткой или деревянной палочкой с ватным тампончиком, который она держит левой рукой. Пипетку она держит указательным и средним пальцами правой руки и большим пальцем нажимает на колпачок пипетки и впускает в нижний свод конъюнктивы 1—2 капли лекарства. После этого сестра обтирает края век влажной ваткой. Для того чтобы не инфицировать пипетку и капли в бутылочке, не следует касаться ресниц больного. Если это произойдет, нужно промыть и прокипятить пипетку и после этого погрузить ее в бутылочку.

Мази. Для более длительного действия препарата его назначают в виде мази. В форме мазей изготавливают также и нерастворимые или плохо растворимые лекарст-

венные вещества. Мазями пользуются при ожогах глаз с целью предупредить сращение слизистой век и глаза, при дефектах роговицы (эрозии, язвы) и др. Мазь должна быть нежной, мягкой, что достигается приготовлением ее основы на разной смеси ланолина и вазелина и тщательным растиранием лекарственного вещества. Мазь закла-



Рис. 187. Впускание капель.

дывают за нижнее веко стеклянной лопаточкой, при этом больной смотрит кверху (рис. 188). Затем он закрывает глаз, палочку выводят из глазной щели, двигая ее в сторону виска и мазь снимается сомкнутыми веками. Для равномерного распределения мази делают массаж глаза через закрытые веки.

Припудривание. Тщательно растертым порошком препарата припудривают конъюнктиву с помощью стеклянной палочки, на которую набирают немного лекарства и стряхивают его на конъюнктиву нижнего (рис. 189) свода или на конъюнктиву обоих век, вывернув верхнее.

Субконъюнктивальные инъекции. Раствор лекарства вводят под конъюнктиву после ее анестезии троекратным закапыванием 0,25% раствора дикаина.

Электроионофорез. Путем электроионофореза лекарства вводят в физиотерапевтическом кабинете. Для этого пользуются глазными ванночками или ватными тампонами, смоченными лекарством.

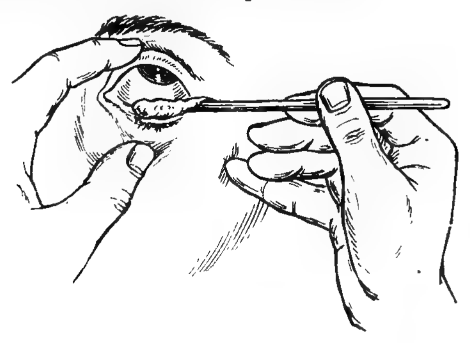


Рис. 188. Закладывание мази.

Повязки. Накладывают повязки на глаз после операций, ранений и при таких заболеваниях, при которых глаза нуждаются в покое и тепле. Нельзя накладывать повязки, если есть гнойное отделяемое из конъюнктивального мешка (конъюнктивит) или гнойная инфекция глаза (язва роговицы и др.).

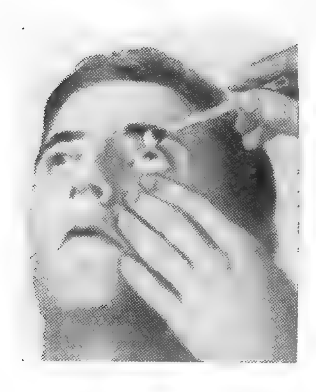


Рис. 189. Припудривание слизистой оболочки порошком лекарства.

Перед наложением бинта глаз покрывают кружком марли с несколькими слоями ваты. Можно наложить легкую повязку одним туром бинта, проведенного косо поверх больного глаза или с дополнительным фиксирующим ходом бинта вокруг лба. Лучше закрывает глаз монокулярная повязка с несколькими ходами бинта (рис. 190), который ведут косо со стороны больного глаза на противоположную сторону головы, затем по затылку, отсюда к мочке уха, вокруг лба и снова через глаз, заканчивают повязку двумя ходами бинта вокруг головы. Узел завязывают на лбу или виске на

стороне больного глаза. Бинокулярная повязка (рис. 191) накладывается, как и предыдущая с попеременным наложением косого хода бинта на каждый глаз. Марлевый кружок с ватой можно укрепить на глазу липким пластырем или покрыть более широким куском марли, приклеенным клеолом. Если у больного



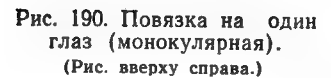
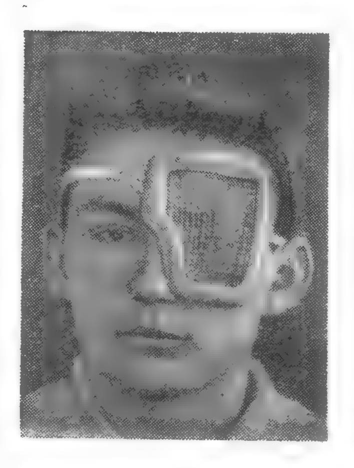


Рис. 190. Повязка на один глаз (монокулярная). (Рис. вверху справа.)

Рис. 191. Повязка на оба глаза (бинокулярная). (Рис. внизу слева.)

Рис. 192. Сетка на глаз. (Рис. внизу справа.)





в конъюнктивальном мешке есть гнойное отделяемое, а повязка необходима, например после операции, на область орбиты накладывают металлическую сетку (рис. 192).

§ 7. БОЛЕЗНИ ВЕК И СЛЕЗНОГО АППАРАТА

Заболевания кожи век

Отек век. Наблюдается отек век при воспалении век, глазного яблока и глазницы (ячмень, острый конъюнктивит, флегмона слезного мешка, язва роговицы, флегмона глазницы и др.). При этом кожа век гиперемирована, отечна, горяча. Глазная щель сужена. Отек век без признаков воспаления может образоваться на почве общих заболеваний (болезни почек, сердца, трихинеллез и др.).

Экзема кожи век. Чаще наблюдается сухая экзема, при которой кожа зудит, слегка шелушится, реже встречается мокнущая экзема с мацерацией и гнойничками кожи.

Частая причина этой болезни — недостаток в организме рибофлавина или непереносимость лекарств, химических веществ у лиц, работающих с ними. Больного нужно направить на консультацию к дерматологу, так как экземе век обычно сопутствует заболевание кожи в других местах. В зависимости от причины болезни показана отмена раздражающих медикаментов, перевод на другую работу. Для лечения назначают прием внутрь рибофлавина, 10% хлористого кальция и местное лечение по назначению дерматолога.

Рожистое воспаление кожи век. Рожистое воспаление часто переходит на веки с других частей лица. Характерны гиперемия и отек кожи и резкая граница ее со здоровой. Больной отмечает общее недомогание, повышается температура, опухают лимфатические узлы. Возможно осложнение флегмоной глазницы. Лечение: сульфаниламиды внутрь или антибиотики внутримышечно, местно — сухое тепло (грелки, прогревание лампой соллюкс) или ультрафиолетовое облучение.

Воспаление края век (блефарит). Возникает блефарит вследствие нарушения общего состояния организма больного на почве малокровия, пониженного питания, гипо- или авитаминоза, туберкулеза, диабета, глистной инвазии, заболеваний зубов, придаточных пазух носа и др. Большое значение в развитии болезни имеют плохие гигиенические условия дома и на производстве, не корригированные очками аномалии рефракции, особенно гиперметропия и астигматизм. Заболевание часто имеет хрони-

ческое и рецидивирующее течение. Блефарит бывает простой или язвенный.

Простой блефарит проявляется зудом, покраснением и утолщением края век, нежными серыми чешуйками, корочками у корня ресниц, их частичным выпадением. Веки очень чувствительны к действию света, пыли, дыма и т. д., легко краснеют и отекают.

Язвенный блефарит (рис. 193) выражается умеренным отеком краев век и образованием у корней ресниц гнойных корочек, под которыми находятся язвочки. Ресницы склеиваются пучками, легко выпадают, некоторые искривляются и загибаются в сторону глазного яблока и трут по нему. В результате края века рубцуются, утолщаются, ресницы выпадают, иногда веки выворачиваются. Блефариты постоянно сопровождаются конъюнктивитом.



Рис. 193. Язвенный блефарит.

Лечение. Устранение основной причины болезни, коррекция очками, внутрь поливитамины, закапывание в конъюнктивальный мешок дезинфицирующих капель, втирание в края век какой-либо из мазей (синтомициновой, левомицетиновой, желтой ртутной, гидрокортизоновой и др.) или смазывание края век 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

Нередко причиной блефарита является золотистый стафилококк, поэтому показано применение мазей из антибиотиков, губительно действующих на этих возбудителей. При язвенном блефарите следует снять корки и язвочки хорошо прижечь раствором бриллиантовой зелени или йодной настойкой.

Ячмень (рис. 194). Ячменем называется гнойное воспаление мешочка или сальной железы у корней ресниц. Заболевание проявляется болезненностью в этом месте при пальпации, ограниченной гиперемией и припухлостью кожи у края века, появлением гнойничка. После вскрытия ячменя выделяется гной. Ячмени часто рецидивируют, нередко они образуются одновременно с блефаритом.

Л е ч е н и е. Сухое тепло или УВЧтерапия, внутрь сульфаниламиды, пивные дрожжи или поливитамины, аутогемотерапия. Ввиду опасности распространения процесса по венозной системе в орбиту и мозг нельзя ячмень выдавливать и втирать в него мазь! В промежутках между рецидивами ячменей лечение дезинфицирующими мазями и общее, как при блефарите.



Рис. 194. Ячмень верхнего века.

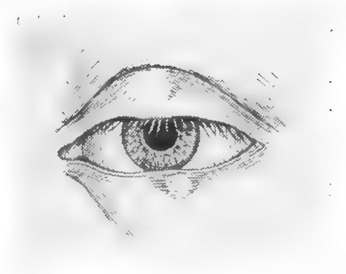


Рис. 195. Халазион.

Халазион. Хроническое воспаление мейбомиевой железы хряща века носит название халазиона. Он имеет вид горошины, просвечивающей под неизмененной кожей или конъюнктивой (рис. 195). Лечение: предварительно можно испытать применение тепла, УВЧ, дезинфицирующие мази; если же рассасывания не наступит, показана операция удаления халазиона.

Заворот или **выворот век.** При завороте век ресницы обращены к глазу и трут по роговице, что может быть причиной язв роговицы с исходом в бельмо. Выворот век сопровождается слезотечением и высыханием конъюнктивы; может изъязвиться роговица. Л е ч е н и е хирургическое. Нельзя выдергивать трущие по роговице ресницы перед направлением больного к окулисту, так как врач, не видя патологии, не сможет тут же оперировать больного.

Болезни мышц века

Резкий спазм век (блефароспазм). Блефароспазм наблюдается обычно вместе со слезотечением, светобоязнью при заболеваниях конъюнктивы, роговицы, радужной оболочки. Лечение основного заболевания.

Лагофтальм. Невозможность смыкания век называется лагофтальмом. Он возникает вследствие паралича лицевого нерва, иннервирующего круговую мышцу века, которая в норме вызывает смыкание и зажмуривание век. Лагофтальм наблюдается вследствие травмы в области лица, нейроинфекций, после радикальных операций на ухе. При этом у больных нижнее веко выворачивается, наблюдается постоянное слезотечение, глазная щель расширена. Вследствие этого и отсутствия смыкания век наступает высыхание слизистой и роговицы.

Лечение. Устранение основного заболевания, закапывание дезинфицирующих растворов и закладывание мазей. При стойких процессах или повреждении роговицы показана операция на веках.

Опущение верхнего века (птоз). Птоз бывает врожденным или приобретенным вследствие травмы верхнего века или паралича глазодвигательного нерва при заболеваниях центральной нервной системы.

Лечение врожденного птоза хирургическое; лечение приобретенного — воздействие вначале на основную причину, а в случае безрезультатности — хирургическое.

Злокачественные новообразования век. Чаще всего это рак, который возникает во внутреннем углу нижнего, реже верхнего века. Проявляется уплотнением кожи или безболезненной незаживающей язвой с плотными краями, бугристым дном, поверхность которого кровоточит. Опухоль медленно растет, постепенно разрушает веки и может прорасти на глаз и в орбиту. Лечение: раннее направление к врачу для применения лучевой терапии, для операции или комбинации этих видов лечения.

Болезни слезных органов

Проявляются болезни слезных органов основной жалобой на слезотечение, которое может быть постоянным или только на холоду. Причины слезотечения многообразны: небольшой выворот век, а с ним слезной точки у внутреннего угла, сужение слезных канальцев, слезоотводящих путей, болезни носа и придаточных пазух и др.

Сужение или непроходимость слезоотводящих путей. Устанавливается это колларголовой пробой или промыванием слезных путей, рентгенографией, зондированием. Эти исследования производятся врачом-специалистом.

Таких больных обязательно следует направлять к окулисту, так как в случае сужения или непроходимости слезных путей застой слезы в слезном мешке нередко ведет к его инфицированию и развитию хронического воспаления слезного мешка (дакриоцистита).

Дакриоцистит. При этом, кроме слез, из слезных точек, особенно при надавливании на область слезного мешка, начинает выделяться гной. Постоянное выделение гноя сопровождается хроническим конъюнктивитом, а в случае малейшего повреждения роговицы может возникнуть гнойная язва, в исходе которой не исключено образование бельма роговицы и потеря зрения. Учитывая это, у каждого больного, обратившегося для удаления из глаза поверхностной соринки или по поводу конъюнктивита, нужно обязательно надавить на область слезного мешка и, если из слезных точек появится гной или больной заявит о слезотечении, немедленно направить его к окулисту для лечения дакриоцистита и проведения профилактических мероприятий против язвы роговицы. Лечение: хирургическое — образование соустья между слезным мешком и носом.

Острое воспаление слезного мешка (флегмона) возникает как осложнение хронического дакриоцистита при распространении гнойного процесса из него на окружающую клетчатку. У больного появляется резкая отечность, уплотнение, краснота, болезненность кожи в области слезного мешка, температура тела повышается. Затем флегмона вскрывается и образуется свищ, через который выделяется гной. Лечение: тепло, облучение ртутно-кварцевой лампой или УВЧ, сульфаниламиды или антибиотики внутрь.

После стихания острых явлений больного обязательно следует направить к окулисту для операции.

Дакриоцистит новорожденных возникает вследствие недоразвития или других дефектов нижнего конца слезноносового канала и проявляется выделением гноя из слезных точек, особенно при надавливании на область слезного мешка. По достижении ребенком 2-месячного возраста матери можно рекомендовать делать массаж в области мешка в сторону полости носа. В безуспешных случаях ребенка нужно направить к окулисту для зондирования слезных путей.

§ 8. БОЛЕЗНИ КОНЪЮНКТИВЫ

Воспаление слизистой оболочки — конъюнктивит — очень часто встречается в глазной практике.

Острый инфекционный конъюнктивит. Наиболее распространены острые инфекционные конъюнктивиты, вызываемые различными бактериями (палочка Коха-Уикса, пневмококк, стрептококк и др.). Болезнь чаще всего возникает внезапно на одном глазу, а затем заболевает второй глаз, могут заболеть и оба глаза одновременно; больные жалуются на резь в глазах, слезотечение, светобоязнь, появление гнойного отделяемого. Слизистая оболочка век становится отечной, гиперемированной, иногда на слизистой оболочке хряща образуются пленки и кровоизлияния под конъюнктиву глазного яблока. Возможно осложнение — поражение роговой оболочки. Болезнь заразна, она передается через общее полотенце, платок, подушку вследствие переноса гноя или слез в глаза здоровых людей. Могут переносить инфекционного возбудителя (палочки Коха—Уикса) на своих лапках и мухи, если они садятся на веки больных, а затем здоровых. Нередко у детей, особенно младшего возраста, одновременно возникает насморк, повышение температуры тела, бессонница.

Rp. Ung. Terramycini 1% 10,0
DS. Глазная мазь

Rp. Penicillini 100 000 ЕД
Sol. Natrii chlorati 0,85% 10,0
DS. Глазные капли

Лечение: закапывание растворов пенициллина или синтомицина, фурацилина по 4—6 раз в день или закладывание 1% террамициновой или 5% синтомициновой, левомицетиновой мази 3 раза в день. В тяжелых случаях — прием сульфаниламидов внутрь. При обильном отделяемом — промывание глаз свежеприготовленным раствором марганцовокислого калия. В случаях, осложнившихся поражением роговицы, больного нужно срочно направить к окулисту.

Гонобленнорея. Вызываемая гонококком Нейссера гонобленнорея встречается у новорожденных, инфицированных больными матерями или ухаживающим персоналом. Заболевание возникает также и у взрослых, больных гонорейным уретритом или при попадании гноя от боль-

ного человека в конъюнктивальный мешок здорового, например, у медицинского персонала при лечении больных гонореей. У взрослых чаще заболевает один глаз. Своевременно начатое лечение ведет к быстрому выздоровлению и предохраняет от заболевания второй глаз.

Через 1—2 дня после рождения или заражения у новорожденного появляется резкий отек — плотность и гиперемия век и небольшое серозно-кровянистое отделяе-



Рис. 196. Гонорейный конъюнктивит.

мое (рис. 196). Через 2—3 дня веки становятся мягкими, из конъюнктивального мешка начинает выделяться много гноя, видна резко гиперемированная отечная и разрыхленная слизистая. Очень опасное осложнение — язва роговицы, которая может быстро привести к ее разрушению и образованию грубого бельма. В царской России у 4% слепых причиной слепоты была гонобленнорея. Диагноз подтверждается исследованием мазка из гноя, в котором после окраски по Граму обнаруживается много лейкоцитов и грамотрицательных диплококков — гонококков, расположенных внутри и вне их.

Лечение: внутримышечное введение раствора пенициллина, стрептомицина или прием внутрь синтомицина 4—6 раз в сутки, закапывание этих растворов 6—8 раз в день до исчезновения гнойного отделяемого и гонококков. Из-за опасности гонобленнореи для зрения надо срочно направить больного к окулисту, не завязывая глаз!

Профилактика гонобленнореи новорожденных по Матвееву—Креде: тотчас после рождения ребенка обтирают веки ватой, смоченной раствором борной кислоты, и в конъюнктивальный мешок закапывают

1—2 капли 2% раствора ляписа (хранить в темной посуде не более 10 дней!). Ляпис может оказывать раздражающее действие на слизистую оболочку и вызывать острый конъюнктивит, напоминающий гонобленнорею. Значительно лучше действует и не раздражает глаз свежий раствор пенициллина (в 1 мл 25 000 ЕД) или 1% эмульсия синтомицина, которую два раза закладывают в конъюнктивальный мешок.

Rp. Sol. Argenti nitrici 2% 10,0
DS. В руки врача

Дифтерия конъюнктивы. Вызывается дифтерия конъюнктивы палочкой Леффлера. Заболевание очень редко встречается изолированно, а чаще сопутствует дифтерии зева, носа. В начале болезни веки плотны, появляется слизисто-гнойное скудное отделяемое. Через 2—3 дня

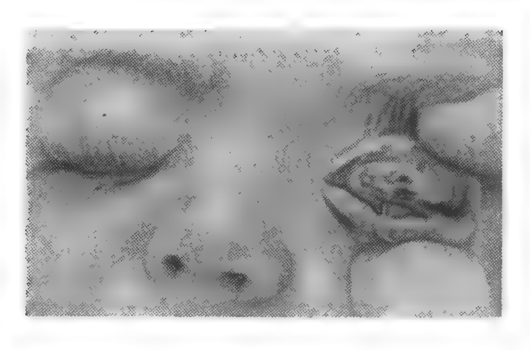


Рис. 197. Дифтерийный конъюнктивит.

веки становятся мягкими, увеличивается гнойное отделяемое. На слизистой хряща обнаруживаются плотные пленки, которые не удается снять (рис. 197). Через неделю пленки отторгаются и под ними обнаруживается язвенная поверхность, впоследствии заживающая рубцом. Дифтерия глаз очень опасна из-за возможного осложнения язвой роговицы, заживающей рубцом — бельмом. В тяжелых случаях возможна гибель глаза. Известна более легкая форма заболевания с умеренным отеком век и слизистой оболочки и образованием на ней нежных, легко отторгающихся пленок, под которыми обнаруживается кровоточащая поверхность.

Необходимо бактериологическое подтверждение диагноза, потому что встречаются пленчатые конъюнктивиты другой этиологии (пневмококк, палочка Коха—Уикса, стрептококк, вирусы). Независимо от тяжести течения лечение должно проводиться в инфекционном отделении, где внутримышечно вводится противодифтерийная сыворотка (6000—10 000 МЕ) и растворы антибиотиков. В конъюнктивальный мешок 4—5 раз в день закладывают 5% синтомициновую или левомицетиновую мазь.

Хронический конъюнктивит. Проявляется хронический конъюнктивит жалобой больных на тяжесть век, жжение и ощущение в глазах инородного тела, на слезотечение, светобоязнь, быстрое утомление глаз при занятиях. При осмотре обнаруживают легкую гиперемию, иногда разрыхленность слизистой оболочки, небольшое отделяемое. В возникновении заболевания имеют значение: блефарит, некорригированные аномалии рефракции, дакриоцистит, заболевания придаточных пазух носа, нарушения обмена веществ, гипо- или авитаминозы, гельминтозы, раздражение глаз, вызываемое профессиональными вредностями, и др.

Лечение общее в зависимости от причины заболевания, а также назначение корригирующих очков. В конъюнктивальный мешок закапывают 0,25—0,5% раствор сернокислого цинка, или 0,02% фурацилина, 0,33% синтомицина или левомицетина. Необходимо улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта.

Электроофтальмия. Возникает электроофтальмия из-за яркого освещения в случаях недостаточной защиты глаз от ультрафиолетовых лучей у электросварщиков и подсобных рабочих, у лиц, работающих при киносъемке. Проявляется через 5—6 часов после облучения резкой светобоязнью, слезотечением, болью в глазах и отеком век.

Лечение: холодные примочки, закапывание растворов дикаина и адреналина. Через несколько часов все явления проходят.

Фолликулярные заболевания конъюнктивы

Весенний катар. Это хроническое заболевание, повторяется ежегодно с наступлением теплых дней. Чаще начинается у мальчиков в школьные годы и обычно закан-

чивается к периоду полового созревания. Больные жалуются на зуд в глазах, слезотечение, светобоязнь. На неизменной слизистой оболочке верхнего века видны крупные возвышения (сосочки), которые напоминают булыжную мостовую (рис. 198). Заболевание связывают с гиповитаминозом, эндокринной недостаточностью, повышенной чувствительностью к ультрафиолетовым лучам.

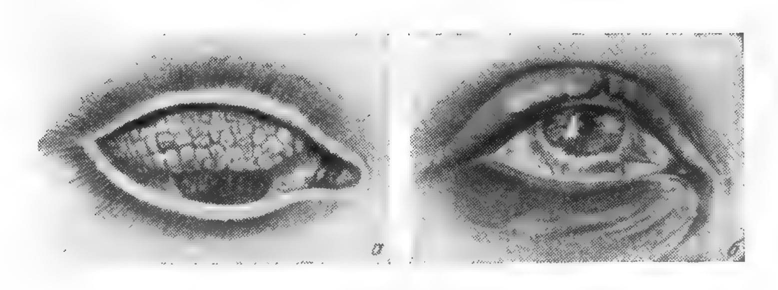


Рис. 198. Весенний катар:
а — конъюнктивальная форма; *б* — лимбальная форма.

Лечение. Прием внутрь рыбьего жира, рибофлавина, хлористого кальция, внутримышечные инъекции раствора алоэ. Закапывание 0,25—0,5% раствора сернокислого цинка с 0,1% раствором адреналина, особенно полезны капли кортизона или 2% раствора пирамидона с адреналином. Показано ношение темных очков.

Rp. Cortisoni 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Pyramidoni 0,2
Sol. Adrenalini (1 : 1000,0) gtt. X
Sol Furacilini (1 : 5000,0) 10,0
MDS. Глазные капли

Аллергические медикаментозные конъюнктивиты. Такие конъюнктивиты возникают у больных после закапывания различных медикаментов (атропин, эзерин, антибиотики и др.) вследствие повышенной чувствительности к ним. Возможны такие конъюнктивиты и у медицинских работников при работе с антибиотиками, особенно стрептомицином. У больных обнаруживается отек, гиперемия, сухость кожи век. Слизистая оболочка век гиперемиро-

вана, на ней появляются фолликулы. Выздоровление наступает после отмены раздражающих медикаментов или прекращения работы с ними.

Фолликулез конъюнктивы. Обнаруживается фолликулез во время профилактического осмотра детей, не предъявляющих жалоб на глаза. На переходной складке неизмененной слизистой оболочки чаще всего нижнего века обнаруживаются правильные ряды мелких прозрачных, поверхностных пузырьков — фолликулов. Лечению не подлежит.

Фолликулярный катар или конъюнктивит. При этом слизистая оболочка гиперемирована, фолликулы располагаются более или менее правильными рядами, иногда усеивают всю конъюнктиву и несколько погружены в ткань ее, есть отделяемое.

Оба эти заболевания чаще наблюдаются у детей, школьников, страдающих заболеваниями носоглотки, бронхоаденитом, глистной инвазией, вследствие напряжения зрения из-за некорригированной аномалии рефракции и при неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях в школе и дома, а также под влиянием микробной или вирусной инфекции.

Лечение: ликвидация явлений конъюнктивита, дегельминтизация, хлористый кальций внутрь, поливитамины, назначение корригирующих очков, улучшение санитарно-гигиенических условий. Необходимо провести обследование в противотуберкулезном диспансере и у ларинголога. Учитывая, что фолликулы являются одним из основных симптомов трахомы, а в ряде случаев возможны трудности дифференциального диагноза между ней и фолликулярным конъюнктивитом, необходимо каждого такого больного в обязательном порядке направлять на консультацию к окулисту.

Трахома

Трахома — преимущественно хроническое инфекционное воспаление конъюнктивы, сопровождающееся диффузной инфильтрацией подслизистой ткани, образованием фолликулов с исходом в рубцевание. Воспаление захватывает и роговую оболочку (паннус).

Трахома характеризуется длительным течением из-за возможных обострений, рецидивов, во многом зависящих



Рис. 199. Четыре стадии трахомы.

а — трахома I; *б* — трахома II; *в* — трахома III; *г* — трахома IV.

от общего состояния больного. Известно, что трахома тяжелее протекает у больных туберкулезом, скрофулезом, малярией, при глистной инвазии, нарушениях обмена веществ, гиповитаминозах, а также в случаях присоединяющегося конъюнктивита. Встречаются и легкие формы трахомы с кратковременным течением, благоприятным исходом, а иногда с самоизлечением, что чаще всего наблюдается у детей.

Клинически различают четыре стадии трахомы (рис. 199). Первая стадия (трахома I) чаще начинается незаметно, преимущественно у детей, и нередко обнаруживается только во время массовых профилактических осмотров населения. Иногда больные обращаются с жалобой на отделяемое, резь в глазах, опущение верхнего века. Объективно вначале заметна гиперемия и инфильтрация (утолщение) переходных складок, особенно верхней, и появление в них фолликулов в виде мутных сероватых пузырьков, беспорядочно сидящих в глубине конъюнктивы. Верхнее веко опускается из-за инфильтрации хряща и мышцы, поднимающей верхнее веко. Затем фолликулы появляются на конъюнктиве хряща и глазного яблока. Вторая стадия (трахома II) характеризуется началом распада фолликулов и инфильтрации и появлением на их месте тонких беловатых рубчиков. Для третьей стадии (трахома III) типично уменьшение количества фолликулов, инфильтрации ткани и соответственно увеличение рубцов. Четвертая стадия (трахома IV) — практически излеченная трахома; вся конъюнктива рубцово изменена. Рубцы бывают нежными и грубыми.

Последствия трахомы. Грубые рубцы вызывают укорочение конъюнктивы, иногда сращения между слизистой век и глазного яблока. Вследствие рубцевания хряща, который приобретает выпуклую корытообразную форму, край века заворачивается в сторону глаза (заворот). В рубцевание нередко вовлекаются и волосяные мешочки ресниц, из-за чего деформируются края век и возникает неправильный рост ресниц (трихиаз) (рис. 200). При этом ресницы трут по роговице, что может быть причиной ее изъязвления. Наиболее тяжелым последствием рубцевания слизистой и выводных протоков слезной железы может быть высыхание конъюнктивы и роговицы (ксероз). При этом образуется грубое

бельмо роговицы с сухой поверхностью и наступает необратимая слепота. Лечение последствий трахомы только хирургическое.

Трахоматозный процесс всегда распространяется на роговицу и проявляется ее поверхностным помутнением, пронизанным сосудами, — паннус (рис. 201). По интенсивности различают паннус тонкий, сосудистый и мясистый. В исходе паннуса остаются помутнения роговицы — бельма, ведущие к понижению зрения различной степени.

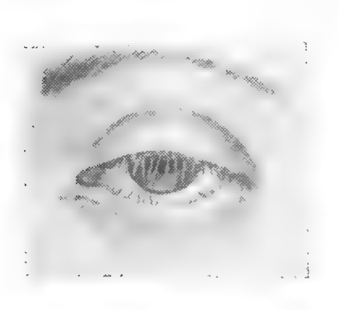


Рис. 200. Заворот век и трихиаз.

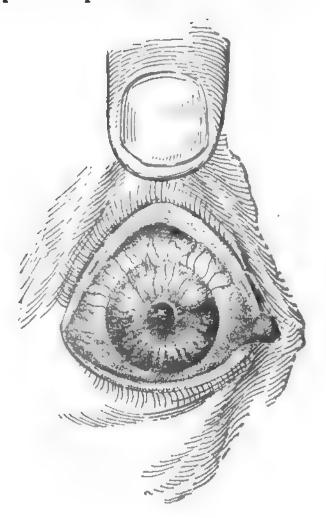


Рис. 201. Трахоматозный паннус. (Рис. справа).

Течение трахоматозного процесса нередко осложняется «наслаивающейся» инфекцией — конъюнктивитом, вызываемым палочкой Коха—Уикса, пневмококком и другими возбудителями. Конъюнктивит создает благоприятные условия для развития вируса трахомы, отягощения течения трахоматозного процесса, рецидивов и распространения заболевания среди окружающих больного.

Осложнения трахомы. Поражение слезных органов проявляется заболеванием слезоотводящих путей (каналикулит, дакриоцистит). Нарушение слезоотделения и постоянное выделение гноя в конъюнктивальный мешок вызывает хронический конъюнктивит, ухудшающий течение трахомы и затрудняющий излечение больного.

Конъюнктивит и заболевания слезных путей в свою очередь могут осложняться **язвами роговицы**, в исходе которых остается бельмо роговицы. В наиболее тяжелых случаях может возникнуть прободение роговицы и гибель глаза.

Диагноз трахомы. Диагноз трахомы ставится на основании осмотра конъюнктивы (особенно тщательно должны быть исследованы переходные складки) и роговицы и не представляет затруднений при выраженном процессе и наличии рубцов. Только в I стадии болезни, особенно при маловыраженных симптомах, могут возникнуть затруднения при необходимости дифференцировать трахому от фолликулярного конъюнктивита. Различия их представлены в таблице В. В. Чирковского.

Фолликулярный конъюнктивит	Трахома
1. Преимущественное поражение конъюнктивы нижних переходных складок и обычно слабое поражение верхних переходных складок	1. Преимущественное поражение верхних переходных складок, конъюнктивы хряща и верхнего века
2. Инфильтрация, утолщение конъюнктивы незначительно	2. Явное диффузное утолщение конъюнктивы, складчатость ее, множество фолликулов
3. Наклонность фолликулов располагаться более или менее правильными рядами в области переходных складок; фолликулы крупные, сочные, розового цвета, выдаются над поверхностью конъюнктивы	3. Фолликулы сидят глубоко в ткани, мутно-серого цвета, располагаются неравномерно
4. Роговица не вовлекается в процесс	4. Роговица поражается очень часто, развивается паннус или бессосудистый кератит.
5. Рубцовых изменений в конъюнктиве не бывает	5. Рубцы конъюнктивы — обычный исход трахомы

Кроме того, необходимо учитывать и эпидемиологические данные: заболеваемость трахомой в данном районе, семье, детском учреждении, общежитии, другие возможности контакта с больным трахомой.

В сомнительных случаях, особенно у детей и школьников, следует назначить лечение, как при конъюнктиви-

те. Через несколько дней острые признаки конъюнктивита исчезнут и тогда картина станет яснее.

Этиология и эпидемиология трахомы и организационные формы борьбы с ней. В настоящее время признана вирусная этиология трахомы.

Трахома — заразное заболевание, передающееся здоровому от больного через загрязненные его отделяемым предметы общего пользования: полотенце, платок, подушку, общий таз для умывания и через руки больных. Трахому распространяют мухи, переносящие на своих лапках гной из глаз больного на руки или глаза здоровых людей.

Таким образом, длительным, вследствие хронического течения трахомы, очагом инфекции, особенно в семье, является больной трахомой, а заражению способствуют неблагоприятные бытовые санитарно-гигиенические условия, скученность, малая культурность, недостаточность или отсутствие медицинской помощи. Все это ставит трахому в ряд социально-бытовых болезней, профилактика и лечение которой могут быть эффективными при устранении выше перечисленных причин.

Доказательством этому может служить то, что в царской России трахома была распространена по всей стране, особенно в Средней Азии, Чувашии, Якутии и т. п. По данным всероссийской переписи слепых в 1897 г., в Казанской губернии, например, трахомой болело 25% населения. Трахома среди причин слепоты стояла на первом месте (21,4%). Больше всего болело трахомой и слепло сельское население. После Великой Октябрьской социалистической революции была начата плановая работа по ликвидации этого заболевания: организованы трахоматозные институты, диспансеры и пункты, в борьбу с ним вовлечена советская и медицинская общественность.

Рост материального благосостояния населения, его культурного уровня, активное выявление и эффективное лечение больных, санитарное просвещение явились основой профилактики и успешной борьбы с трахомой.

В настоящее время только в отдельных местах еще сохранилось некоторое число больных трахомой; имеются все предпосылки к скорой и полной ликвидации этого заболевания в СССР. Достижения советского здравоохранения особенно заметны, если учесть, что в мире

есть 400 миллионов больных трахомой (живущих преимущественно в колониальных и полуколониальных странах). Это подчеркивает социально-бытовой характер болезни.

Одним из основных условий ликвидации трахомы является прекращение свежих заражений, что может быть достигнуто только при полном выявлении и лечении всех оставшихся больных и соблюдении здоровыми необходимых мер профилактики.

Основным медицинским учреждением, которое должно заниматься этим вопросом, является сельский врачебный участок, где непосредственно проводят всю работу фельдшер и медицинская сестра. Медицинский персонал, подготовленный на специальных семинарах окулистом, под руководством участкового врача проводит осмотр, охватывающий все население, без исключения. Особенно внимательно нужно осматривать глаза у детей и молодежи.

Подозрительного на заболевание трахомой больного консультируют с участковым врачом, а затем направляют к окулисту и только после подтверждения диагноза заполняют на него карточку специального извещения райздравотдела. Одновременно заполняют амбулаторную карточку больного по месту его лечения. Медицинский персонал должен регулярно, не менее 2 раз в год, проводить профилактические осмотры населения, особенно школьников, допризывников и членов семьи больных трахомой.

Большую работу обязаны проводить медицинские работники для повышения общей и санитарной культуры населения, тщательно следить за соблюдением правил личной гигиены больным трахомой и членами его семьи — в очагах инфекции. Весьма важно уничтожение мух.

Основа всех организационных мероприятий — это раннее выявление и излечение больных и тем самым ликвидация очага инфекции в семье и коллективе. После выздоровления больной в продолжение 6 месяцев — 1 года должен находиться под наблюдением и получать противорецидивное лечение. Если по истечении этого срока он признан здоровым, его снимают с учета. Несмотря на это, бывший больной и члены его семьи подлежат периодическому осмотру.

Санитарно-просветительная работа должна проводиться во время профилактических осмотров населения, приема больных, посещения их на дому, бесед в школах, а также с помощью печати, радио и т. д. Население должно быть знакомо с путями заражения трахомой и мерами предупреждения заболевания.

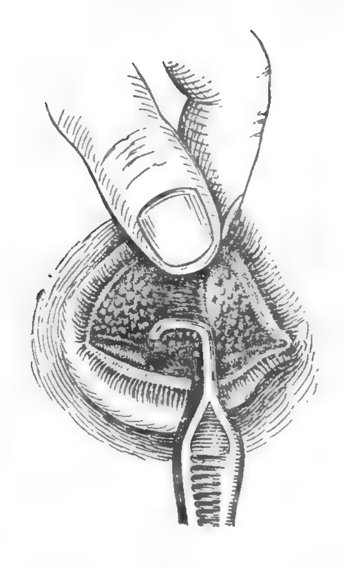
В функции медицинских работников входит также лечение больных под руководством и контролем участкового врача и окулиста.

Лечение больных трахомой. Начинают лечение с закладывания в конъюнктивальный мешок 1% мази (террамициновой, тетрациклиновой или эритромициновой) или 1% эмульсии синтомицина (4—5 раз в день в течение 7—10 дней). При наличии гнойного отделяемого одновременно полезно дать внутрь этазол или сульфатиазол в дозе 0,5 г 6 раз в сутки (взрослому). После этого при наличии фолликулов производят *осторожное выдавливание* (экспрессию) *трахоматозных зерен*. При этом сестры должны обязательно надевать защитные очки во избежание заражения. Для выдавливания больного укладывают на кушетку, кожу век обтирают спиртом или смазывают спиртовым раствором бриллиантовой зелени. В конъюнктивальный мешок трижды закапывают 0,25% раствор дикаина или делают инъекцию 1% новокаина по 1 мл в каждую переходную складку, затем веки выворачивают и сдавливают конъюнктиву между браншами пинцета (рис. 202), постепенно передвигая его по всей поверхности конъюнктивы. После этого промывают глаза 0,33% раствором синтомицина или 1% террамицина, прикладывают к глазам холодные примочки. Выдавливание противопоказано при язвах роговицы, обострении паннуса, гнойном отделяемом. После выдавливания продолжают лечение указанными выше мазями.

В этом периоде больные особенно заразны и их необходимо временно изолировать. Детям запрещают посещать школу. Наиболее трудно излечивается III стадия трахомы, при которой больший успех достигается применением 1% дибиомициновой мази, которую закладывают в конъюнктивальный мешок один раз в день. Ею же можно проводить противорецидивное лечение у лиц с IV стадией трахомы в течение 6 месяцев. Кроме того, им полезно закапывать 0,25% раствор сернокислого цинка.

После этого лечения бывшие больные 2—3 года должны подвергаться проверке один раз в 3 месяца.

Во время проведения курса лечения больных необходимо назначать средства, направленные на оздоровление всего организма (против скрофулеза, туберкулеза, малярии, глистов и др.). Большую пользу приносят поливитамины, хлористый кальций. Плохо поддающимся лечению больным надо назначать внутрь этазол или терра-



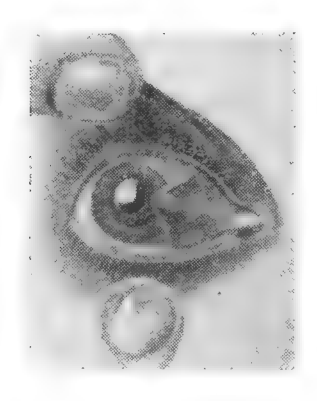


Рис. 203. Крыловидная плева (птеригиум).

Рис. 202. Выдавливание трахомных зерен. (Рис. слева.)

мицин, синтомицин. Иногда бывает полезен перерыв в лечении на 2—3 месяца или замена одних препаратов другими. Таких больных, особенно при рецидивах болезни, при выраженном паннусе, завороте век, ксерозе необходимо передать для лечения окулисту в стационаре.

Птеригиум (рис. 203). Это крыловидная плева—треугольная складка слизистой оболочки, врастающая в поверхностные слои роговицы с носовой стороны. Пленка может дорасти до центра роговицы и резко понизить зрение больного глаза. Заболевание чаще встречается в местах с жарким климатом, обилием солнечных лучей и пыли, раздражающих глаза. Лечение хирургическое.

§ 9. БОЛЕЗНИ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ И СКЛЕРЫ

Кератит. Это наиболее частое заболевание роговицы — ее воспаление. Возникает кератит как осложнение острого конъюнктивита, дакриоцистита, поверхностных повреждений, а также при общих заболеваниях: туберкулезе, сифилисе, бруцеллезе, малярии, вирусных инфекциях, расстройствах иннервации. Признаки кератитов: боль в глазу, слезотечение, светобоязнь, спазм век, гиперемия

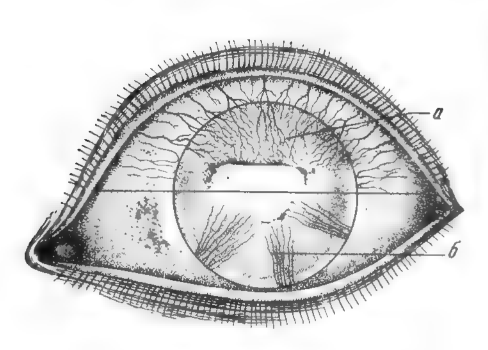


Рис. 204. Сосуды в роговице.
а — поверхностные конъюнктивальные; *б* — глубокие в виде щеточек.



Рис. 205. Фликтена конъюнктивы.

слизистой век и глаза, часто понижение остроты зрения. Характерно для кератита ограниченное (инфильтрат) или диффузное помутнение роговицы, нарушение ее блеска и зеркальности. В случаях поверхностного поражения часто возникает дефект роговицы (эрозия, язва), который легко обнаруживается по зеленоватому цвету после закапывания флуоресцеина (стр. 387). При поверхностных кератитах в роговицу могут врастать сосуды конъюнктивы; при глубоких процессах прорастают сосуды от лимба, имеющие вид щеточек (рис. 204). Кератит очень часто сопровождается воспалением радужки (ирит, стр. 431), выражающимся в изменении ее цвета, стушеванности рисунка, сужении зрачка, скоплении в передней камере экссудата, гноя или крови. Течение кератитов острое или хроническое, рецидивирующее.

Поверхностный краевой кератит характеризуется появлением на границе с лимбом поверхност-

ных серых возвышений — инфильтратов. Они могут сливаться и изъязвляться. Возникают обычно как осложнение конъюнктивита и дакриоцистита.

Лечение конъюнктивита, как это описано на стр. 411, закапывание 1% раствора атропина 1—2 раза в день для расширения зрачка и устранения воспаления радужки. Если причиной кератита является поверхностная травма с внедрением инородного тела, его нужно удалить (стр. 448).

Скрофулезный кератоконъюнктивит. Возникает он как проявление туберкулезной аллергии, чаще у детей и молодых людей, страдающих бронхоаденитом или туберкулезом. Способствуют заболеванию перенесенные корь, коклюш, грипп, ветряная оспа, а отягощает его гиповитаминоз, глистная инвазия, плохие санитарно-гигиенические условия, пища, богатая углеводами (печенье, сладости) и др. Основные симптомы заболевания: резкая светобоязнь, спазм век, слезотечение, нередко мокнущая экзематозная сыпь на коже лица, особенно у крыльев носа, за ушами, на коже головы. Лицо, особенно нос и губы, отечно. Подчелюстные и другие лимфатические узлы увеличены. Осмотреть глаза ребенка удается только раскрыв веки векоподъемниками. На конъюнктиве у лимба (рис. 205) или на роговице обнаруживаются мелкие или более или менее крупные полупрозрачные узелки желтовато-розового цвета (фликтены), к которым подходит пучок конъюнктивальных сосудов. Фликтены могут бесследно рассосаться, но чаще после них остается нежное помутнение. Иногда они изъязвляются и тогда образуется язва роговицы, которая может распространиться в глубину и вызвать прободение роговицы. Тогда в рану выпадает радужка и в исходе возникает грубый рубец — бельмо роговицы. В еще более тяжелых случаях может наступить инфицирование внутренних оболочек и гибель глаза. Частые рецидивы заболевания приводят к появлению множественных помутнений роговицы, резко понижающих зрение.

Лечение. Общее лечение назначают после консультации педиатра и фтизиатра. Обычно это хлористый кальций, рыбий жир, фтивазид, ПАСК, стрептомицин — в зависимости от состояния больного. Показана диета в ограниченном количестве углеводов, особенно сладостей, и прием внутрь поливитаминов. Назначают капли стреп-

томицина (в 1 мл — 25 000 ЕД), или кортизона, а также закладывание 1% террамициновой, желтой ртутной мази, или мази кортизона либо гидрокортизона, витаминные капли, длительно, даже после стихания острых

Rp. Riboflavini
Citrali $\overline{aa}$ 0,001
Ac. ascorbinici 0,1
Vitamini B_6 0,025
Sol. Glucosae 2% 10,0
MDS. Глазные капли

Rp. Sol. Eserini salicylici 0,025
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

воспалительных явлений применяют 0,25% раствор сернокислого цинка с 0,1% адреналина. При сужении зрачка и выраженных явлениях ирита необходимо 2—3 раза в день впускать в глаз 0,5—1% раствор атропина; он, однако, противопоказан в тех случаях, когда язва у лимба глубока и возможно прободение. Тогда применяют 0,25% раствор эзерина или 1% раствор пилокарпина. Если вследствие упорного спазма век и мацерации кожи слезами на ней у углов глазной щели возникают трещины, их следует прижечь 10% раствором ляписа. По стихании воспалительного процесса для рассасывания помутнений на длительный срок назначают закладывание за веки 1% желтой ртутной мази 2 раза в день и закапывание раствора дионина в возрастающей концентрации (от 2 до 10%). Больной должен находиться под наблюдением окулиста.

Rp. Sol. Dionini 2—4—6—8—10% 10,0
DS. Глазные капли

Герпетический кератит. Заболевание является следствием вирусной инфекции. Под влиянием охлаждения, травмы или некоторых заболеваний (например, сезонный грипп) наступает активация дремлющей инфекции и новая вспышка кератита.

Болезнь начинается высыпанием пузырьков герпеса на коже крыльев носа, губ, изредка на коже век, затем, обычно на одном глазу, появляется слезотечение и светобоязнь, а на роговице пузырьки герпеса. Они быстро лопаются и на их месте образуются дефекты эпителия, которые, сливаясь, принимают древовидную форму

(рис. 206), обнаруживаемую после закапывания флюоресцеина. Чувствительность роговицы резко понижена или отсутствует. Обычно возникают признаки ирита (стр. 431), зрачок суживается.

Л е ч е н и е. Проводится лечение окулистом с консультацией невропатолога. Назначают внутривенные вливания глюкозы с аскорбиновой кислотой, внутримышечно витамины B_1 и B_{12}, новокаин и др., внутрь дают биоми-

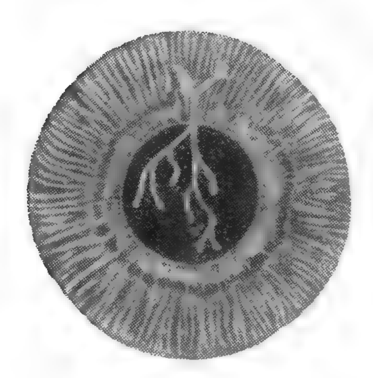




Рис. 206. Древовидный кератит.

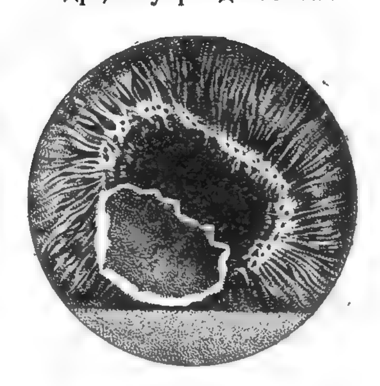


Рис. 207. Ползучая язва роговицы.

цин или террамицин, поливитамины. В глаз закапывают растворы 1% атропина, 1% хинина, закладывают 5% левомицетиновую мазь; применяют еще много других средств и методов лечения.

Rp. Chinini hydrochlorici
sine acido parati 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли

Ползучая язва роговицы. Для нее типичен дефект роговицы с гнойной инфильтрацией его дна. Язва имеет наклонность к распространению по поверхности роговицы или в ее глубину одним краем, имеющим серповидную форму (рис. 207). Вокруг язвы роговица мутна, отечна. На дне передней камеры обнаруживается скопление гноя (г и п о п и о н). Резко изменен цвет радужки, зрачок имеет неправильную форму из-за образования с п а е к с п е р е д н е й с у м к о й х р у с т а л и к а (задние синехии).

Все это может привести к нарушению тока жидкости внутри глазного яблока и ее оттока из глаза и к повышению внутриглазного давления — вторичной глаукоме. У большинства больных отмечается резкий отек век, слезотечение и светобоязнь и значительное ослабление остроты зрения. Если лечение правильно и своевременно, то в благоприятных случаях дефект роговицы выполняется и на месте язвы образуется помутнение разной густоты. Иначе вследствие распространения язвы по поверхности и в глубину в исходе могут образоваться обширные грубые бельма, глаз может погибнуть.

Чаще всего ползучая язва возникает после поверхностных травм роговицы (во время сельскохозяйственных работ) колосками злаков, соломой, ветками дерева или другими мелкими инородными телами, на производстве или в быту. Изъязвлению роговицы способствует наличие конъюнктивита, гнойного дакриоцистита, вызывающих инфицирование дефекта. Чаще, чем другие микробы, обнаруживается пневмококк, большое значение в возникновении язвы имеет понижение чувствительности роговицы, ослабленное состояние организма больного. Поэтому ползучая язва чаще развивается у стариков, которые вследствие незначительных болей или их отсутствия (из-за пониженной чувствительности роговицы) поздно обращаются за помощью. Для профилактики ползучей язвы необходимо раннее и тщательное удаление из роговицы и конъюнктивы мелких инородных тел и последующее лечение. У каждого больного нужно обратить внимание на состояние конъюнктивы и слезных путей.

Лечение. При малейшем подозрении на ползучую язву больного нужно срочно направить к окулисту, повязку не накладывать! Для лечения применяют капли или субконъюнктивальные инъекции раствора пенициллина (25 000 ЕД в 1 мл), за веки 4—5 раз в день закладывают 5% левомицетиновую, синтомициновую или 1% террамициновую мазь, закапывают 1% раствор атропина (если нет повышения внутриглазного давления). При тяжелом течении язвы показано назначение антибиотиков и сульфаниламидов внутрь или внутримышечно, а также поливитаминов; в зависимости от сопутствующих заболеваний нужно проводить и общее лечение. Если язва не поддается медикаментозному ле-

чению или повышается внутриглазное давление, показана операция.

Глубокие кератиты. При этом заболевании происходит очаговая или диффузная инфильтрация глубоких слоев роговицы, без изъязвления; поэтому при условии достаточно раннего лечения возможно полное просветление роговицы, в противном случае образуются грубые бельма, со всеми их последствиями. Глубокие кератиты развиваются на почве врожденного сифилиса, туберкулеза, бруцеллеза, вирусных инфекций. Провоцируют заболевания поверхностные или тупые травмы глаз, грипп, гипо- или авитаминозы, а у женщин беременность, лактация и др.

Кератит при врожденном сифилисе чаще всего возникает на одном глазу у детей школьного возраста, а через различные сроки может заболеть и второй глаз. Вначале в глубоких слоях роговицы на границе с лимбом появляется нежная диффузная инфильтрация, постепенно распространяющаяся к центру. При этом роговица напоминает матовое стекло, конъюнктива гиперемирована, зрачок сужен. Вскоре в роговицу начинают врастать сосуды в виде «метелочек». Затем постепенно начинается обратное развитие процесса и просветление роговицы, начиная с того места, где впервые появилось помутнение. Это длительное заболевание, оно тянется месяцами. Подтверждают диагноз другие признаки врожденного сифилиса: пониженный слух, саблевидные голени, седловидный нос, редкие зубы с полулунной выемкой и положительная реакция Вассермана.

Лечение проводит окулист с обязательной консультацией и под наблюдением венеролога. Местно показано применение тепла, закапывание 1% раствора атропина, взвесь кортизона (или инъекции ее под конъюнктиву) и раствора дионина в возрастающей концентрации в регрессивной стадии заболевания. Полезно раннее назначение тканевых препаратов. Обязательно обследование и консультация у венеролога всех членов семьи больного!

Туберкулезный кератит возникает обычно у молодых людей и чаще всего на одном глазу. Нередко при общих заболеваниях, особенно гриппе, охлаждениях, недостаточном питании и травмах, у женщин при беременности и лактации процесс обостряется и рецидивирует. Начинается кератит резким раздражением глаза,

спазмом век, слезотечением, светобоязнью и появлением ограниченных помутнений роговицы — сливающихся между собой инфильтратов. В роговицу врастают поверхностные и глубокие сосуды. Резко выражены проявления иридоциклита (стр. 431). Признаками туберкулезного процесса являются: субфебрильная температура, особенно днем, положительные реакции Пирке, Манту, положительные рентгенологические данные (бронхоаденит, гоновский очаг и др.).

Лечение проводится окулистом и фтизиатром, общее, как при скрофулезе; в особо тяжелых случаях в стационаре применяют также туберкулинотерапию. Показано общеукрепляющее, десенсибилизирующее, курортно-климатическое лечение. Местная терапия — как при скрофулезе, но кортизон назначается не всегда.

В исходе всех кератитов остается стойкое помутнение роговицы разной интенсивности: облачко, пятнышко, бельмо. Последнее может быть полным или частичным (центральное или периферическое). Если изъязвилась роговица и радужка выпала, бельмо окажется сращенным с нею. Такое бельмо нарушает нормальный отток жидкости из глаза, в результате чего возникает вторичная глаукома. При этом может наступить растяжение бельма — стафилома — или всего глазного яблока — буфтальм (бычий глаз).

Бельма, особенно если они сопровождаются повышением внутриглазного давления, являются причиной ослабления зрения или слепоты.

Лечение: остаточные помутнения требуют применения рассасывающих средств — растворов дионина, желтой ртутной мази, электрофореза с экстрактом алоэ или 5—10% раствором йодистого калия. При стойких помутнениях, особенно у детей, необходима операция: оптическая иридэктомия (иссечение участка радужки) или пересадка роговицы, в разработке методики и внедрении в практику которой многое сделал В. П. Филатов и его ученики. Сущность операции заключается в том, что специальным трепаном из рубца роговицы иссекают диск и на его место вставляют такой же прозрачный кусочек, взятый из роговицы трупного глаза. Трансплантат приживает и во многих случаях сохраняет прозрачность. В. П. Филатовым предложено также лечение консервированными тканями (тканевая терапия).

Наиболее часто пользуются инъекциями экстракта алоэ, плаценты и др., оказывающими стимулирующее и рассасывающее действие при многих общих и глазных заболеваниях.

Болезни склеры. Воспаление поверхностных слоев склеры (эписклерит) или глубоких (склерит) проявляется вначале болями в глазу, слезотечением, светобоязнью, гиперемией и припухлостью склеры на ограниченном участке. Нередко последовательно вовлекается роговица и радужка. Причины склерита: ревматизм и ревматоидные заболевания суставов, подагра, туберкулез, реже бруцеллез, сифилис. Заболевание длится долго, рецидивы часты. В результате склера истончается, через нее темными участками просвечивает сосудистая оболочка.

Лечение общее в зависимости от этиологии. Местно применяют закапывание кортизона, адреналина, атропина; полезно применение тепла, УВЧ, рентгеновых лучей.

§ 10. БОЛЕЗНИ СОСУДИСТОГО ТРАКТА

Заболевания сосудистого тракта часто возникают на почве общих инфекций: вирусных, ревматизма, ревматоидных, туберкулеза, бруцеллеза, сифилиса, токсоплазмоза, возвратного тифа, диабета, болезней крови и др., распространяющихся на глаз с током крови. Кроме того, они осложняют болезни роговицы, травмы, внутриглазные операции.

Различают воспаления переднего отрезка сосудистого тракта, радужки и цилиарного тела (передний увеит, или иридоциклит) и заднего отрезка собственно сосудистой (задний увеит, или хориоидит).

Иридоциклит. Начинается иридоциклит резкой болью в глазу, слезотечением, светобоязнью, спазмом век и снижением остроты зрения. Конъюнктива глазного яблока вокруг лимба резко инъецирована, имеет синюшный оттенок (глубокая или перикорнеальная гиперемия), радужка изменена в цвете, рисунок ее неясен, зрачок узок, часто неправильной формы вследствие образования спаек с передней капсулой хрусталика. Эти изменения особенно заметны на больном глазу при сравнении со здо-

ровым. Нередко на дне передней камеры скапливается экссудат, иногда гнойный или с примесью крови. При осмотре с боковым освещением удается видеть комочки экссудата на задней поверхности роговицы (преципитаты, рис. 208), в стекловидном теле появляются помутнения. Характерна резкая болезненность при прикасании к глазу через веки в области цилиарного тела, понижение внутриглазного давления и остроты зрения.

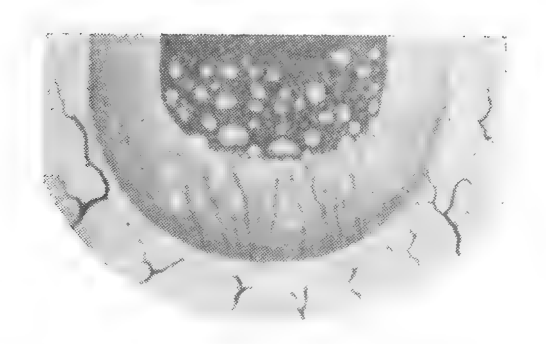


Рис. 208. Преципитаты на задней поверхности роговицы.

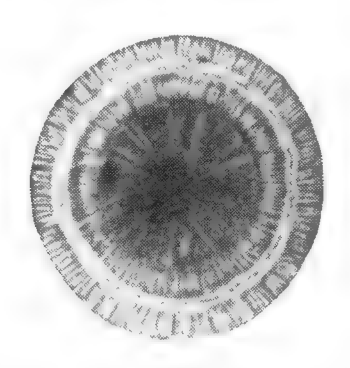
В тяжелых случаях область зрачка зарастает пленкой, нарушается отток жидкости из глаза, возникает вторичная глаукома. Иридоциклит может быть причиной помутнения хрусталика (осложненная катаракта), сморщивания стекловидного тела, отслойки сетчатки, атрофии глазного яблока и слепоты. При своевременно начатом полноценном лечении наступает регрессирование процесса и полное или частичное восстановление функций. Иридоциклиты часто рецидивируют при ухудшении основного заболевания, а также после охлаждения, гриппа и др. Необходимо отличать иридоциклит от конъюнктивита, дифференциальная диагностика не представляет затруднений, если обратить внимание на изменение цвета и рисунка радужки, ширины и формы зрачка, чего не происходит при конъюнктивите. Кроме того, для последнего типично наличие отделяемого, гиперемия слизистой век и переходной складки, принимающих яркокрасный цвет (поверхностная или конъюнктивальная

инъекция), отек переходной складки, не наблюдающиеся при иридоциклите.

Л е ч е н и е при иридоциклите зависит от причины заболевания; еще до ее выяснения больному необходимо сразу назначить внутримышечные инъекции пенициллина, желательно со стрептомицином, а внутрь сульфанил-







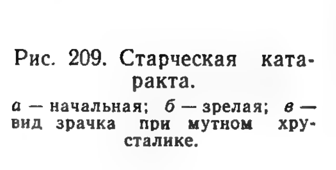


Рис. 209. Старческая катаракта.

а — начальная; *б* — зрелая; *в* — вид зрачка при мутном хрусталике.

амиды, салицилаты, витамины. Больной подлежит лечению в глазном стационаре, где назначают средства, расширяющие зрачок, инъекции под конъюнктиву взвеси кортизона, облучение глаза полем УВЧ или рентгенотерапию. При болях показаны ножные ванны, пиявки к виску. Обязательно следить за состоянием внутриглазного давления, а в случаях вторичной глаукомы могут возникнуть показания к операции. При направлении больного к окулисту на глаз необходимо наложить повязку.

Хориоидит. Заболевание вызывает жалобы больных на ослабление остроты зрения, появление перед глазом

летающих мушек, иногда на искажение формы предметов, невозможность читать. Диагноз устанавливается только окулистом при офтальмоскопии, по обнаруживаемым на глазном дне сероватым, желтоватым или пигментированным очагам, над которыми проходят сосуды сетчатки. Больного нужно немедленно направить к окулисту.

Эндофтальмит. Это гнойное воспаление внутренних оболочек глаза, возникающее при общих септических заболеваниях, как осложнение гнойных язв роговицы, инфицированных проникающих ранений, операций. У больного появляется резкая боль в глазу и голове, потеря зрения. Характерен значительный отек век и конъюнктивы глаза (хемоз). Роговица тускла, в передней камере и в области зрачка виден экссудат или гной, радужка грязно-зеленого цвета. Процесс, распространившийся на все оболочки глаза и содержимое орбиты, носит название панофтальмита. При нем все описанные явления усиливаются, глаз выпячивается (экзофтальм), теряет подвижность, роговица пропитана гноем, другие отделы глаза не видны. При этих заболеваниях часто резко повышается внутриглазное давление.

Лечение. После внутримышечного введения антибиотиков больного срочно направляют в глазной стационар. Там проводят общее лечение антибиотиками и сульфаниламидами, а затем удаляют глаз (энуклеация) или же, смотря по состоянию глаза, сразу производят операцию.

Новообразования сосудистого тракта. Это преимущественно злокачественные пигментные опухоли. Если опухоль локализуется в радужке, она представляется темным быстро растущим пятном. Опухоль может прорастать за пределы глазного яблока и орбиты; она рано дает метастазы во внутренние органы, особенно в печень. Опухоль цилиарного тела и сосудистой оболочки обнаруживается специальными методами исследования, больной при этом жалуется только на понижение или потерю зрения.

Лечение. В ранних случаях удаление глазного яблока, в запущенных также и содержимого орбиты (экзантерация), иногда приходится вскрывать придаточные пазухи. После операции проводят лучевую терапию.

§ 11. БОЛЕЗНИ ХРУСТАЛИКА И СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА

Независимо от причины, воздействующей на хрусталик, его основные изменения проявляются нарушением прозрачности. Помутнение хрусталика называется катарактой.

Катаракта. В зависимости от распространения катаракта может быть частичной или полной, в соответствии с чем находится степень понижения зрения. Если хрусталик весь мутен, больной воспринимает только свет. По своему происхождению катаракты делятся на врожденные, которые обычно не прогрессируют, и приобретенные (старческая, травматическая, осложненная, после заболеваний глаз, лучевая и др.), прогрессирующие, при которых постепенно мутнеет весь хрусталик.

Основным симптомом катаракты является постепенное понижение остроты зрения и серый цвет зрачка. На рис. 209 показан вид зрачка при последовательных стадиях типичного развития старческой катаракты. Медицинской сестре следует всех больных с катарактами независимо от их возраста направлять к окулисту. Следует помнить, что у пожилых людей, больных глаукомой, тоже может происходить постепенное, притом безболезненное падение зрения, а зрачок из черного сделаться серым и что в этих случаях показано срочное лечение у специалиста, в противном случае больной ослепнет. Лечение катаракты в начальной стадии медикаментозное, а в случае безуспешности лечения — удаление мутного хрусталика. Детей, у которых весь хрусталик мутнеет и заметно ухудшается острота зрения, нужно оперировать как можно раньше, непосредственно после обнаружения заболевания. В других случаях операция может быть отложена на 2—3 года. В зависимости от остроты зрения ребенка и распространенности помутнения происходит выбор метода операции — удаление хрусталика или оптическая иридэктомия — иссечение участка радужки. Старческую катаракту лучше удалять в состоянии ее зрелости, но можно удалять и незрелые катаракты, если они медленно созревают и лишают больного трудоспособности. Сроки удаления травматических и осложненных катаракт зависят от многих условий,

определяемых специалистом. Состояние глаза после удаления хрусталика называется афакией. Больной с афакией нуждается в постоянном ношении выпуклых стекол, заменяющих хрусталик (+10,0 D и больше), и в еще более сильных стеклах для работы на близком расстоянии.

Смещение хрусталика. Смещение хрусталика (подвывих, вывих) может быть врожденным или приобретенным, чаще всего вследствие травмы. При осмотре с боковым освещением видна глубокая передняя камера, дрожание радужки, а при офтальмоскопии можно заметить темный край смещенного хрусталика. Лечение. Удаление хрусталика в глазном стационаре.

Болезни стекловидного тела. Возникают болезни стекловидного тела в результате воспаления сосудистого тракта, сетчатки, кровоизлияний, травм глаза и проявляются его помутнением. Больные жалуются на понижение зрения и на мушки, плавающие перед глазами. Диагноз устанавливается специалистом при исследовании в проходящем свете (стр. 387). Лечение зависит от причины заболевания. Для рассасывания помутнений применяют растворы дионина, электрофорез йодистым калием, гемотрансфузии, тканевые препараты и др.

§ 12. ГЛАУКОМА

Глаукома — очень тяжелое заболевание преимущественно людей пожилого возраста. Глаукому находят приблизительно у 4% всех больных с поражением глаз, но она является главной во всем мире причиной неизлечимой слепоты.

Основной симптом глаукомы, определяющий все остальные ее проявления, — это повышение и расстройство регуляции внутриглазного давления. Оно является причиной постепенного ухудшения зрительных функций и слепоты, в основном вследствие прогрессирующей необратимой атрофии зрительного нерва. Внутриглазное давление в норме колеблется в пределах 18—27 мм рт. ст.; утром обычно оно выше, а вечером ниже на 3—5 мм. Для глаукомы характерно более высокое внутриглазное давление, а особенно увеличение разницы между его утренним и вечерним

уровнем. Заболевание может возникнуть внезапно без видимых причин, в ранее здоровом глазу — первичная глаукома; вторичной глаукомой называется заболевание, развивающееся вследствие различных изменений в глазу, нарушающих отток жидкости в нем (например, бельмо роговицы, спаянное с радужкой, заращение зрачка при иридоциклите, смещение хрусталика и др.).

Первичная глаукома может проявляться в форме застойной и простой. При застойной глаукоме больные жалуются на периодические боли в глазу и голове, затуманивание зрения, появление радужных кругов у источников света, иногда на беспричинное слезотечение, утомляемость глаз при занятиях, необходимость частой смены очков. Эти жалобы могут быть непостоянными, а так как в начальном периоде процесса зрение еще сохраняется, больные редко сами обращаются за помощью. При осмотре обнаруживают: легкое помутнение и истыканность роговицы, расширение венозной сосудистой сети вокруг роговицы, уменьшение глубины передней камеры, расширение и вялую реакцию зрачка на свет. Но даже если эти признаки мало заметны, определение внутриглазного давления поможет правильному и своевременному диагнозу. В дальнейшем развитии заболевания к этому присоединяется атрофия и углубление соска зрительного нерва, обнаруживаемые при офтальмоскопии, сужение поля зрения, понижение адаптации и остроты зрения. Постепенно глаз теряет зрение (абсолютная глаукома).

При простой глаукоме больные жалуются только на постепенное ухудшение зрения, наступающее при далеко зашедшем процессе и атрофии зрительного нерва. Ранний диагноз простой глаукомы можно поставить, только определив внутриглазное давление и границы поля зрения—исследование, которое в порядке профилактического осмотра следует делать всем лицам старше 40 лет и особенно жалующимся на понижение зрения.

Иногда пожилому человеку, предполагая у него катаракту, не измерив давления, рекомендуют ждать зрелости катаракты, т. е. слепоты, которая при глаукоме является неустранимой. Глаукома редко проявляется острым приступом, который может возникнуть внезапно, как следствие нервного потрясения, после

охлаждения тела, физического переутомления, перенесенных заболеваний и др. У больного возникают резкие боли в глазу и голове, отдающие в зубы, очень часто с тошнотой, рвотой и повышением температуры. Катастрофически, до светоощущения, понижается острота зрения. Веки больного отечны, сосуды конъюнктивы резко расширены, роговица отечна, тускла, нечувствительна, передняя камера отсутствует, зрачок широк и не реагирует на свет, глаз очень тверд (давление может доходить до 70 мм рт. ст.), болезнен. Возможны диагностические ошибки, когда из-за рвоты и тошноты предполагают у больных мозговое заболевание, кишечную интоксикацию, острый аппендицит, случается, что вследствие болезненности и покраснения глаза ставят диагноз циклита, закапывают ему атропин и этим приносят больному большой, нередко непоправимый вред.

Во избежание такой ошибки следует руководствоваться схемой дифференциальной диагностики между глаукомой и иритом.

Острый приступ глаукомы	Острый ирит
1. Внутриглазное давление повышено	1. Как правило, внутриглазное давление нормально или понижено и только изредка оно может быть повышенным
2. Роговица диффузно мутна до полной матовости. Поверхность ее истыкана	2. Роговица не изменена
3. Вены глаза вокруг роговицы резко расширены и извиты	3. Инъекция артериальных сосудов вокруг роговицы
4. Зрачок широк, шире, чем на другом глазу	4. Зрачок уже, чем на другом глазу (если в глаз не впускали атропин!)
5. Чувствительность роговицы понижена	5. Чувствительность роговицы нормальная
6. Передняя камера глаза мелкая	6. Передняя камера нормальной глубины
7. Жалобы на радужные круги и туман, боли в глазу, отдающие в лоб, челюсть, затылок	7. Радужных кругов нет, понижение зрения возможно; преобладают боли в области глаза.

Исход острого приступа глаукомы зависит и от стадии процесса, от своевременного и рационального лече-

ния больного. В начальной стадии возможно исчезновение всех явлений с восстановлением зрения, но иногда первый приступ может привести к полной, необратимой слепоте.

Лечение. Главной задачей в лечении больных глаукомой является понижение и регуляция внутриглазного давления. Для этого назначают средства, суживающие зрачок и снижающие внутриглазное давление (миотики): 1% раствор пилокарпина, 0,25% эзерина, 0,02% фосфакола и др. Чаще назначают пилокарпин 3—6 раз в день, а если этого недостаточно, то добавляют другие миотики. Во время острого приступа больного необходимо срочно поместить в глазной стационар, где миотики ему закапывают через каждые 15—30 минут, а после стихания острых явлений—через 1—2 часа и реже. Кроме того, применяют отвлекающие средства: горячие ножные ванны, солевое слабительное, пиявки на висок, снотворные средства, успокаивающие нервную систему. Если в течение суток внутриглазное давление не снизится, необходима операция. Если давление не нормализуется под влиянием консервативного лечения, операцию производят и при других формах глаукомы.

Помимо этого, при глаукоме показано систематическое применение курсов тканевой терапии, особенно до и после операции, ежедневно или через день внутривенное или внутримышечное введение 1 мл 5% раствора тиамина (всего 15 инъекций), лечение заболеваний сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной систем и желудочно-кишечного тракта. Большое значение в лечении больных глаукомой имеет определенный режим труда и быта. Необходимо избегать волнений, нервных потрясений, перегревания или охлаждения тела, работы с опущенной головой, переутомления, запора. Показана молочно-растительная диета с ограничением приема жидкости не больше 4—5 стаканов в сутки. Необходимо запретить спиртные напитки и курение. Противопоказаны прием внутрь кофеина и препаратов белладонны, особенно атропина. Легкая физическая нагрузка, чтение и шитье, длительные прогулки — полезны.

Для профилактики глаукомы и слепоты от нее необходимо раннее выявление больных, систематическое лечение, регулярное наблюдение за состоянием внутриглазного давления у больных и их зритель-

ных функций. Выявляют больных глаукомой с помощью тонометрии, производимой у всех лиц старше 40 лет, обращающихся за помощью в глазной и другие кабинеты поликлиники, находящихся на лечении в стационаре, а кроме того, на предприятиях и при осмотре вообще всего остального населения. Тонометрия производится обученным медперсоналом. Если внутриглазное давление оказывается выше 25 мм ртутного столба или у пациента есть жалобы, типичные для глаукомы, необходимо дополнительное обследование окулиста.

Все больные глаукомой подлежат специальному учету в глазном кабинете и повторному исследованию внутриглазного давления, остроты зрения, поля зрения и других функций — не реже одного раза в месяц. Эти данные заносят в специальную карточку.

Для активной борьбы с глаукомой вся медицинская сеть и население должны быть ознакомлены с тем, что́ представляет собой глаукома. С этой целью проводят беседы, лекции, прибегая к помощи печати, радио и др.

В итоге активного выявления и диспансеризации больных увеличилась обращаемость лиц с начальной стадией заболевания, повысился процент больных со стойкой компенсацией процесса после систематического лечения, улучшились его исходы.

Глаукомой могут болеть также *дети* (врожденная глаукома, гидрофтальм) и *юноши* (юношеская).

Детская глаукома возникает вследствие недоразвития угла передней камеры и нарушения оттока жидкости. Вскоре после рождения ребенка или в первые месяцы его жизни наступает резкое увеличение диаметра мутнеющей при этом роговицы, постепенно развивается истончение склеры. Таких больных необходимо сразу направлять к окулисту, ибо им показана ранняя операция для предупреждения слепоты.

Юношеская глаукома проявляется у молодых в возрасте до 35 лет, чаще всего она протекает по типу простой. У большинства больных можно обнаружить признаки врожденного недоразвития радужки или гидрофтальм, нередко глаукома сочетается с близорукостью. Лечение такое же, как при первичной глаукоме пожилых людей.

При малейшем подозрении на глаукому больного нужно немедленно направить к окулисту, а выявленных



Рис. 210. Неврит зрительного нерва.



Рис. 211. Застойный сосок.

больных навещать на дому и следить за выполнением ими назначений врача и регулярным посещением глазного кабинета. Некоторых больных по рекомендации окулиста приходится переводить на другую работу.

§ 13. БОЛЕЗНИ СЕТЧАТОЙ ОБОЛОЧКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Эти заболевания проявляются внезапным или постепенным падением остроты зрения. Если поражается центральная часть сетчатки (желтое пятно и область вокруг него), больные жалуются на искажение величины и форму предметов, появление темного пятна перед глазом, значительное ухудшение зрения вдаль, невозможность читать. У них определяется расстройство цветоощущения.

Болезни сетчатой оболочки

Возникают болезни сетчатки при гипертонической болезни, заболеваниях почек, кровотворных органов, туберкулезе, сифилисе, бруцеллезе, диабете, токсикозах беременности и многих других патологических процессах. Диагноз устанавливает окулист при офтальмоскопии.

Острая непроходимость сосудов сетчатки. Развивается непроходимость сосудов сетчатки вследствие нарушения кровообращения в них. У молодых людей она представляет проявление функционального заболевания нервной системы (*спазм сосудов*), порока сердца, эндокардита, если оторвавшийся от клапана сердца эмбол закупорит центральную артерию сетчатки или ее веточку (*эмболия*). У пожилых людей на почве артериосклероза или гипертонической болезни происходит спазм сосудов или *тромбоз артерии или вены*. Во всех случаях больные жалуются на внезапную или быстро развивающуюся потерю зрения обычно одного глаза. При офтальмоскопии видны суженные сосуды сетчатки, ее помутнение, а в случаях тромбоза сосудов еще кровоизлияния по их ходу.

Лечение. Таких больных следует немедленно направлять к окулисту, который по состоянию дна глаза поставит диагноз основного заболевания и в зависимости

от этого определит, подлежит ли лечению больной у терапевта или невропатолога совместно с окулистом. Изменения сетчатки при гипертонической болезни вначале не сопровождаются нарушением зрения и поэтому выявляются только во время консультации окулистом направленного к нему терапевтом больного. Лишь в поздних случаях так называемой злокачественной гипертонии у больных резко падает или полностью теряется зрение. Глазные симптомы гипертонической болезни следующие: сужение и извитость артерий сетчатки, неравномерность калибра артерий и вен, склероз сосудов, кровоизлияния, помутнение сетчатки (отек), неврит зрительного нерва. Они зависят от стадии болезни и проявляются в различных комбинациях, достигая различной интенсивности. Поэтому исследование дна глаза очень важно для диагноза, выяснения динамики болезни и ее прогноза. Лечение у терапевта.

Аналогичные изменения обнаруживаются у беременных женщин вследствие интоксикации, сопровождающейся повышением артериального давления — ретинопатия беременных. Характерные симптомы поражения сетчатки наблюдаются при заболеваниях крови, диабете и др. Поэтому следует очень внимательно прислушиваться к жалобам таких больных на состояние зрения, а лучше еще до того направлять больного к окулисту для профилактического осмотра.

Пигментная дегенерация сетчатки. Это весьма тяжелое поражение сетчатки невыясненной этиологии, которое начинается обычно в молодом возрасте. Вначале у больных появляются жалобы на плохое зрение в сумерках и ночью; вследствие сужения поля зрения затем наступают затруднения при ходьбе. При офтальмоскопии вначале на периферии сетчатки, а позже и в центре видны напоминающие по форме костные тельца множественные пигментные очаги и склероз сосудов сосудистой оболочки. Постепенно развивается атрофия зрительного нерва, которая является причиной ослабления остроты зрения, а затем слепоты. Заболевание неизлечимо, лечение имеет значение для приостановки процесса и отсрочки печального исхода. Больным назначают внутрь рыбий жир, поливитамины (особенно А и Е), внутримышечные инъекции тканевых препаратов, сосудорасширяющие средства. Гемералопия может внезапно возникнуть на

почве гипо- или авитаминоза А, но поле зрения, острота зрения и глазное дно не изменяются. После приема внутрь рыбьего жира, витамина А и Е, а также богатой ими пищи больные быстро выздоравливают.

Отслойка сетчатой оболочки. Отслойка сетчатки проявляется внезапным резким падением остроты зрения и появлением у больного пелены перед глазом в определенном участке поля зрения. Отслойка возникает после травмы, у лиц с высокой осложненной близорукостью или у пожилых людей. Наиболее частой причиной отслойки является разрыв или отрыв сетчатки и проникание жидкой части стекловидного тела между сетчаткой и сосудистой оболочкой. Лечение хирургическое, наиболее эффективное в ранних стадиях процесса; поэтому больных с указанными выше жалобами нужно направлять в глазной стационар. Лиц, страдающих высокой близорукостью, для профилактики отслойки, которая часто заканчивается слепотой, или после операции по поводу отслойки нужно освобождать от тяжелого физического труда.

Опухоль сетчатки — ретинобластома. Это первичное злокачественное новообразование, обычно врожденное, может быть односторонним или поражать оба глаза. Чаще болеют дети в возрасте до 5 лет. Родители замечают, что у детей расширяется зрачок, который приобретает зеленый цвет, глаз слепнет. Опухоль быстро прорастает в орбиту, в мозг и рано дает метастазы, скоро приводящие ребенка к гибели. Единственная возможность спасения — это раннее удаление только глазного яблока или глазного яблока вместе с содержимым орбиты и проведение потом курса лучевой терапии на область орбиты.

Болезни зрительного нерва

Болезни зрительного нерва могут проявляться в форме воспаления (неврит), застоя (застойный сосок) и дегенеративных процессов (атрофия). Причиной поражения зрительного нерва особенно часто бывают болезни центральной нервной системы (опухоль, менингит, рассеянный склероз, арахноидит и др.). Затем следуют: воспаление придаточных пазух носа, гипертоническая болезнь, диабет, инфекционные болезни (грипп, ревматизм, сифилис, туберкулез, сыпной тиф и др.), интоксикации

(метиловый спирт, свинец, плазмоцид и др.), заболевания самого глаза. Жалобы больных сводятся к внезапному или медленному понижению или потере зрения.

Воспаление зрительного нерва (рис. 210). Проявляется внезапным понижением остроты зрения, сужением поля зрения или появлением в нем дефектов (скотом), расстройствами цветоощущения и болями при движениях глазных яблок. При офтальмоскопии обнаруживается гиперемия соска зрительного нерва, стушеванность его границ, расширение вен сетчатки.

Лечение зависит от этиологии процесса, которая выясняется при общем обследовании больного совместно с невропатологом. Назначают внутримышечные инъекции антибиотиков, внутривенно глюкозу с уротропином и витамином B_1, переливание крови, тканевую терапию, пиявки на висок и др.

Застойный сосок (рис. 211) является важнейшим симптомом повышения внутричерепного давления при опухоли или воспалительных заболеваниях центральной нервной системы и др. Поэтому больных с жалобами на головные боли, сопровождающиеся рвотой, нужно обязательно направлять к окулисту для осмотра дна глаза. В начале болезни зрительные функции не нарушаются, позже прогрессивно падает острота зрения, суживается поле зрения и в исходе больной слепнет. При офтальмоскопии обнаруживается увеличение и грибовидное выпячивание соска зрительного нерва, на который как бы «взбираются» расширенные и извитые вены, появляются вокруг соска кровоизлияния. Лечение у невропатолога и нейрохирурга.

Атрофия зрительного нерва. Наступает атрофия как заключительная стадия неврита и застойного соска; она также может возникнуть первично при спинной сухотке, сифилисе головного мозга, пигментной дегенерации сетчатки, интоксикациях и др. Независимо от причины до слепоты падение остроты зрения у больных прогрессирует, поле зрения суживается. При офтальмоскопии виден бледный сосок зрительного нерва и сужение сосудов.

Лечение зависит от этиологии; проводят систематические курсы тканевой терапии, назначают поливитамины, особенно группы В, внутривенные вливания раствора глюкозы, сосудорасширяющие средства и др.

§ 14. БОЛЕЗНИ МЫШЕЧНОГО АППАРАТА И ГЛАЗНИЦЫ

Содружественное косоглазие. Содружественным косоглазием называется состояние, при котором зрительные линии глаз не сходятся на рассматриваемом объекте, т. е. один глаз его фиксирует, а другой отклонен в сторону. Движения глаз при этом не нарушаются, косить может постоянно один глаз или попеременно оба. При отклонении глаза к носу косоглазие называется сходящимся, а если он отклонен к виску — расходящимся. Если прикрыть рукой фиксирующий некосящий глаз, косящий сделает уставочное движение и примет правильное положение, а прикрытый глаз отклонится кнутри или кнаружи соответственно виду косоглазия, так как подвижность глаз полностью сохранена.

В косящем глазу очень часто обнаруживают аномалии рефракции и больным с лечебной целью назначают очки. Очки можно прописывать детям даже в возрасте 1—2 лет. Чем раньше начато лечение детей при косоглазии, тем чаще удается его исправить и повысить остроту зрения косящего глаза. Поэтому, как только родители заметят, что ребенок плохо видит, а особенно если он косит, они должны обратиться к окулисту для назначения ребенку очков, а затем и соответствующих упражнений. В случаях безуспешности консервативного лечения производят операции на мышцах косящего глаза.

Паралитическое косоглазие. Этот вид косоглазия зависит от паралича одной или нескольких мышц, двигающих глазное яблоко. Оно отличается от содружественного тем, что ограничено или вовсе отсутствует движение в сторону, соответствующую функции парализованной мышцы, отсутствует также и установочное движение, больной жалуется на двоение. Наиболее частой причиной паралитического косоглазия являются заболевания головного мозга.

Лечение у невропатолога; а если паралич принимает стойкий характер, возникают показания к операции на мышцах.

Основным признаком **болезней глазницы** является выпячивание глазного яблока (экзофтальм) или смещение его в сторону и нарушение его подвижности. Это бывает при увеличении содержимого орбиты вследствие

наличия опухоли, кровоизлияния, экссудата, отека клетчатки, тромбоза орбитальных вен, при травмах орбиты со смещением отломков кости внутрь и уменьшении емкости орбиты. Экзофтальм является также одним из симптомов тиреотоксикоза.

Лечение. При обнаружении описанных симптомов больной подлежит направлению к окулисту и обследованию у рентгенолога, ринолога и ряда других специалистов для выяснения причины болезни и назначения соответствующего лечения.

Флегмона глазницы. Флегмонозное воспаление глазничной клетчатки проявляется резкой гиперемией век, болью, повышением температуры тела, экзофтальмом, отсутствием подвижности глазного яблока, отеком конъюнктивы и часто резким понижением зрения или слепотой. Причиной флегмоны являются острые воспаления придаточных пазух носа, заболевания кожи лица (рожа, фурункул, ячмень), инфицированные травмы, инфекционные болезни. Ввиду возможного распространения в полость черепа (менингит, абсцесс мозга, тромбоз синусов!) заболевание представляет большую опасность для жизни больного. В исходе может наступить слепота вследствие атрофии зрительного нерва или гнойной инфекции внутренних оболочек глаза, за исключением тех случаев, когда рано начинается полноценное лечение, которое может привести к выздоровлению и сохранению зрения.

Лечение. Больному нужно немедленно ввести внутримышечно раствор пенициллина (200 000 ЕД) со стрептомицином (250 000 ЕД), наложить асептическую повязку и в лежачем положении (лучше самолетом) *срочно* направить в глазной стационар. Там, кроме лечения антибиотиками, будет сделан широкий разрез тканей по орбитальному краю (орбитотомия) для удаления гноя. При своевременно начатом лечении больные выздоравливают и сохраняется зрение.

Опухоли глазницы. Опухоли глазницы бывают доброкачественные (кисты, ангиомы, остеомы и др.) и злокачественные (саркома, рак). Они вызывают прогрессирующее выпячивание глазного яблока, иногда со смещением его в сторону, ограничение его подвижности и понижение зрения. Клиническая картина при опухоли отличается от картины флегмоны глазницы отсутствием

признаков воспаления и болей, а также более медленным развитием.

Лечение хирургическое в глазном стационаре.

§ 15. ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Травмы органа зрения встречаются у 5—10% всех глазных больных. В ряде случаев повреждения бывают серьезными и могут быть причиной ухудшения или потери зрения. Большое значение для исхода травм имеет своевременно и правильно оказанная первая помощь и последующее лечение. В зависимости от причины, вызвавшей травму, различают механические, термические и химические повреждения, а по локализации могут быть травмы придатков глаза (включая и орбиту) и самого глазного яблока.

Механические повреждения

Травмы век. При травмах век с нарушением целости кожи, особенно в области края век, необходимо произвести хирургическую обработку со щадящим иссечением размозженной ткани по краям раны и наложением швов, начиная с интермаргинального пространства. Больному надо внутримышечно ввести противостолбнячную сыворотку, раствор антибиотиков, закапать в глаз дезинфицирующие капли, смазать кожу век 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени, наложить стерильную монокулярную повязку и сразу направить к окулисту.

Повреждение орбиты. Повреждение с нарушением целости костей орбиты может осложняться смещением отломков и увеличением или уменьшением емкости орбиты. Соответственно этому возникает западение или выпячивание глаза. При этом может наступить внезапная слепота вследствие разрыва зрительного нерва, тяжелой контузии или размозжения глаза. Травмы орбиты опасны из-за возможного осложнения инфекцией и ее последствий. Их признаками являются: обильное кровоизлияние в толщу век и их отек, болезненность при прикасании к костным стенкам, смещение глазного яблока и нарушение его подвижности; возможны понижение зрения,

кровотечение из носа и нарушение общего состояния больного.

Лечение то же, что и выше описанное; больной должен быть направлен к окулисту в лежачем положении.

Повреждения глазного яблока. Они могут быть тупыми (контузия), поверхностными и проникающими.

Тупые травмы, или контузии, возникают от удара по глазу палкой, кулаком, обрабатываемой деталью, рогом животного и т. п. и могут сопровождаться различными симптомами или их комбинацией: кровоизлияниями в толщу век, в конъюнктиву, переднюю камеру, стекловидное тело, орбиту, отрывом или разрывом радужки, смещением или помутнением хрусталика, изменениями на дне глаза. Наиболее серьезным является размозжение глазного яблока с выпадением внутренних оболочек, которое может быть следствием и проникающих травм. В соответствии с тяжестью повреждения страдает зрение больного.

Поверхностные травмы часто наносятся мелкими инородными телами — песчинками наждака, угля, камня, металла, колосками злаков и др., которые могут находиться в конъюнктиве, застрять в желобке хряща верхнего века или внедриться в поверхностные слои роговицы. Больные приходят с жалобами на спазм век, слезотечение, светобоязнь. Необходимо осторожно вывернуть веки и осмотреть конъюнктиву, а с помощью бокового освещения — роговицу. Соринки с конъюнктивы снимают влажным ватным тампончиком. Удаление из роговицы инородных тел, которые не удается снять влажной ваткой, производят специальным маленьким долотом, копьем или просто иглой от шприца, продезинфицированными спиртом или кипячением. Больному трижды закапывают 0,25% раствор дикаина. Веки раздвигают указательным и большим пальцем левой руки, а правой рукой подводят долото или копье под инородное тело так, чтобы удалить его вместе с ржавчиной; в конъюнктивальный мешок впускают раствор колларгола, синтомицина или (лучше) 5% синтомициновую или левомицетиновую мазь, затем на глаз накладывают повязку. Если инородное тело находится в глубоких слоях роговицы или его не удается извлечь, а также при осложнениях после удаления соринки (ирит, язва) больного нужно направить к окулисту.

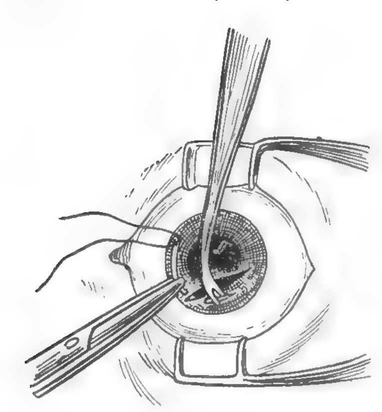
Поверхностные травмы без внедрения инородного тела могут вызвать эрозию роговицы, инфильтрат, которые заметны по зеленоватому окрашиванию после впускания в глаз 2% содового раствора флюоресцеина.

Лечение. Закладывают мазь или закапывают раствор антибиотиков, накладывают асептическую повязку. Если глаз раздражен и зрачок узок, его нужно расширить каплей скополамина или атропина при условии нормального внутриглазного давления. Особенно осторожно нужно применять мидриатики у лиц старше 40 лет из-за более частой у них возможности повышения тонуса глаза.

Проникающие ранения наносятся режущими и колющими предметами, огнестрельным оружием и др. Местом ранения может быть роговица, склера или область лимба (роговично-склеральное). При малейшем подозрении на подобное ранение необходимо осторожно удалить с век сгустки крови, закапать 0,25% раствор дикаина и не менее осторожно раскрыть веки для осмотра глаз. У детей иногда приходится пользоваться векоподъемниками. Следует помнить, что при неосторожном раскрытии век и надавливании на глаз может вскрыться, рана, выпасть или вытечь стекловидное тело и выпасть внутренние оболочки глаза. При осмотре могут обнаруживаться следующие изменения: ранения век, разрывы слизистой оболочки глаза, рана роговицы с хорошо соприкасающимися краями или зияющая, в которую выпала и ущемилась радужка, разрыв склеры и выпадение сосудистой оболочки; передняя камера может быть мелкой или глубокой, в ней может оказаться кровь или гной, зрачок расширенный или узкий; он может быть смещен в сторону выпавших оболочек, цвет зрачка изменен (серый в случаях повреждения хрусталика или зеленый вследствие наличия гноя в стекловидном теле), наконец, острота зрения значительно понижена вплоть до слепоты. Возможно внедрение внутрь глаза инородного тела. Иногда оно видно в передней камере или определяется в глубоких отделах глаза при офтальмоскопии; наиболее верный способ обнаружить его — это рентгенография.

Одним из основных симптомов проникающего ранения является пониженное внутриглазное давление (гипотония), обусловленное истечением камерной влаги или

стекловидного тела. Гипотонию глазного яблока можно установить осторожной пальпацией глаза через закрытые веки (см. рис. 185). Травмы могут осложняться длительным иридоциклитом и инфекцией, признаками которой является отек век и конъюнктивы глаза, гнойное отделяемое в конъюнктивальном мешке, инфильтрация краев раны, появление гноя в передней камере и в стекловидном теле (эндофтальмит).


Рис. 212. Наложение швов на роговицу.

Самым грозным осложнением является симпатическое воспаление — иридоциклит, развивающийся на втором здоровом глазу не раньше чем через 10—14 дней и в более отдаленные сроки — спустя месяцы и даже годы после ранения. Особенно опасно, если слепой или почти слепой раненый глаз длительно не успокаивается вследствие вялого иридоциклита, уменьшается в размерах, болезнен при прикасании. Такой глаз следует срочно удалить для того, чтобы предохранить от симпатического воспаления — воспаления второго, неповрежденного глаза. Симптомы его следующие: понижение остроты зрения, резкая глубокая или перикорнеальная гиперемия слизистой, гиперемия радужки, заращение зрачка, преципитаты на задней поверхности роговицы. В других случаях передний отрезок глаза не изменен и понижение зрения возникает из-за неврита зрительного нерва.

Лечение. Больных с тяжелыми тупыми и проникающими травмами глаз обязательно помещают в глазной стационар. Поэтому, впустив в глаз больного раствор пенициллина или синтомицина, наложив асептическую повязку, введя внутримышечно противостолбнячную сыворотку и 200 000 ЕД пенициллина, медицинская сестра или фельдшер должны немедленно направить больного к окулисту в лежачем положении, в машине скорой помо-

щи, а из отдаленных районов лучше самолетом. В стационаре больному производят рентгеновский снимок орбиты и черепа для выяснения вопроса о наличии или отсутствии, а также локализации инородного тела и определе-



Рис. 213 Извлечение инородного тела гигантским электромагнитом.

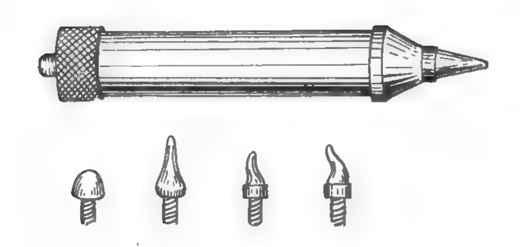


Рис. 214. Постоянный магнит.

ления состояния стенок орбиты. При проникающих ранениях производят хирургическую обработку раны — иссечение выпавших оболочек и наложение швов на рану (рис. 212), удаление внутриглазных инородных тел гигантским электромагнитом (рис. 213) или постоянным магнитом (рис. 214). Терапевтическое лечение заключается во внутримышечных инъекциях пенициллина и

стрептомицина, тканевой терапии, переливании крови, закапывании в глаз миотиков или мидриатиков в зависимости от тонуса, дезинфицирующих средств и др. Исход проникающих ранений во многом зависит от своевременно и полноценно оказанной помощи, особенно хирургической. Поэтому долгом медицинского работника является срочное направление больного в глазной стационар.

Термические и химические повреждения

Ожоги глаз. Термические ожоги глаз и окружающих их частей вызываются огнем, расплавленным металлом, кипятком; химические ожоги являются следствием воздействия анилинового карандаша, кислот и щелочей. Наиболее тяжелы ожоги щелочами (особенно известью!), нашатырным спиртом вследствие быстрого проникания веществ в ткани глаза.

На тяжесть течения повреждения, независимо от вида вещества, оказывает влияние его количество, концентрация, а также быстрота оказания скорой помощи и качество последующего лечения.

В зависимости от вызываемых изменений различают ожоги легкие, средней тяжести и тяжелые. Следует подчеркнуть, что сразу трудно установить степень ожога, так как изменения могут развиваться позже. При легких ожогах наблюдается только отек и покраснение кожи век и конъюнктивы, а в случаях более тяжелых — их некроз и различные степени повреждения роговицы (отек, помутнение — от нежного до интенсивного или напоминающего фарфоровое стекло).

Первая помощь и лечение. Больному необходимо как можно больше вывернуть веки — так, чтобы хорошо была видна переходная складка, и извлечь слегка влажным ватным тампоном все частицы — металла, извести или анилинового карандаша. При ожогах карандашом или фиолетовыми чернилами конъюнктивальный мешок нужно промыть 2—3% раствором танина или крепким чаем и потом каждые 2 часа закапывать раствор танина. В других случаях показаны обильные промывания (5—6 стаканов) глаз водой, а затем закладывание за веки 5—6 раз в день 5% синтомициновой или левомицетиновой мази, закапывание витаминных капель, 40% раствора глюкозы. Полезно применение крови боль-

ного с антибиотиками. Для этого из вены больного берут 1 мл крови и в этот же шприц набирают 1 мл раствора пенициллина (в 1 мл 25 000 ЕД). Эту смесь закапывают в конъюнктивальный мешок несколько раз в день или вводят под конъюнктиву. Если зрачок сужен, а внутриглазное давление нормально, следует закапать мидриатики. Необходимо следить за внутриглазным давлением и, если оно повысится, впускать 1% раствор пилокарпина. В случаях некроза конъюнктивы нужно закладывать мазь, одновременно разделяя спайки конъюнктивы стеклянной лопаточкой. При тяжелых ожогах вводят внутривенно 40% раствор глюкозы, антибиотики внутримышечно, поливитамины внутрь. Учитывая необходимость специального лечения, включая и хирургическое, таких больных следует после оказания первой помощи сразу направить в глазной стационар. В исходе тяжелых ожогов возможно образование грубых бельм роговицы и сращений слизистой век и глаза (симблефарон), ведущих к резкому ухудшению зрения.

Травмы глаз всегда следует считать серьезными, ибо глаз может сразу или впоследствии полностью или частично потерять зрение из-за различных осложнений. Для зрячего глаза возникает угроза симпатического воспаления. Поэтому очевидно серьезное значение профилактики глазного травматизма. Для этого в промышленности и сельском хозяйстве необходимо: 1) уменьшить запыленность рабочих мест, так как обилие пыли раздражает конъюнктиву, способствует развитию хронических конъюнктивитов, при которых даже поверхностное повреждение роговицы может привести к ее изъязвлению; 2) иметь хорошее освещение в цехе и на рабочем месте, что улучшает видимость, снижает утомляемость глаз и опасность их повреждения во время работы; 3) обеспечить освоение рабочими технического минимума и соблюдения правил техники безопасности; 4) проводить санитарно-просветительную работу для ознакомления рабочих с профилактикой травматизма при выполнении работ, связанных с каждой профессией, 5) следить за ношением рабочими защитных очков и установкой защитных приспособлений у станков; 6) производить профессиональный отбор для допущения к той или иной работе в зависимости от состояния зрения; 7) медицинским сестрам, работающим на медпунктах

заводов, в колхозах и совхозах, необходимо следить за выполнением этих правил и оказывать первую помощь пострадавшим.

Особое внимание следует обратить на травмы глаз у детей, которые ранят глаза во время игр с острыми, режущими и колющими предметами или при стрельбе из рогатки, самопала, при взрывании патронов, мин.

Для профилактики травм у детей необходима большая воспитательная работа в школе, организация разумного отдыха детей во время школьных каникул, наблюдение родителей за детьми дома.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

Кожные и венерические болезни

Проф. Л. И. Фандеев

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

Болезни уха, носа и горла

Проф. А. Г. Лихачев

ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

Глазные болезни

Проф. М. М. Золотарева

Золотарева Мария Михайловна,
Лихачев Андрей Гаврилович,
Невзорова Тамара Алексеевна,
Фандеев Леонид Иванович

УЧЕБНИК ДЛЯ ПОДГОТОВКИ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Редакторы *Н. Л. Вознесенский, М. В. Милич, М. Г. Рабинович*
Техн. редактор *Н. М. Кокин*
Корректор *О. П. Зубарева*
Художественный редактор *Л. С. Бирюкова*
Переплет художника *В. С. Сергеевой*

Сдано в набор 26/VIII 1964 г. Подписано к печати 25/I 1965 г. Формат бумаги 84×108[1]/32. 14,38 печ. л.+ 0,43 печ. л. вкл. (условных 24,30 л.) 22,74 уч.-изд. л. Тираж 92 000 экз. Т-02514 МУ-43

Издательство «Медицина»,
Москва, Петроверигский пер., 6/8
Заказ 547. 11-я типография Главполиграфпрома Государственного комитета Совета Министров СССР по печати, Москва, Нагатинское шоссе, д. 1.

Цена 61 коп.

61 коп.

МЕДИЦИНА · 1965